

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE D'ANGERS

ANNÉE 1971

N° 24

THÈSE

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

Diplôme d'État

par

BRISMONTIER Jean-Claude

né à SOTTEVILLE-les-ROUEN (Seine-Maritime) le 8 Décembre 1936

Présentée et soutenue publiquement le

INDICATIONS et PRONOSTIC de
l'OPÉRATION CÉSARIENNE ABDOMINALE

à partir de l'étude de 1000 observations (1960-1969)

(Clinique Obstétricale et Gynécologique d'ANGERS - Service du Pr. ROUCHY)

Président : Monsieur le Professeur ROUCHY



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41545934_0004

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE D'ANGERS

ANNÉE 1971

N°

THÈSE

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

Diplôme d'État

par

BRISMONTIER Jean-Claude

né à SOTTEVILLE-les-ROUEN (Seine-Maritime) le 8 Décembre 1936

Présentée et soutenue publiquement le

INDICATIONS et PRONOSTIC de
l'OPÉRATION CÉSARIENNE ABDOMINALE

à partir de l'étude de 1000 observations (1960-1969)

(Clinique Obstétricale et Gynécologique d'ANGERS - Service du Pr. ROUCHY)

Président : Monsieur le Professeur ROUCHY

THÈSE

PAR

DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE

PAR

LE DOCTEUR EN MÉDECINE



PRÉSENTÉE À LA FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ANGERS

INDICATIONS ET PROGNOSTIC de
L'OPÉRATION CÉSARIENNE ABDOMINALE

PAR

LE DOCTEUR EN MÉDECINE

FACULTE MIXTE de MEDECINE et de PHARMACIE d'ANGERS

16, boulevard Daviers - 88.76.22

DOYEN : M. RENIER 19, rue La Fontaine
 ASSESSEUR : M. GERMAIN 18, quai des Carmes
 SECRETAIRE : M. MAILLEUX 23, rue Rousseau

DOYEN Honoraire : M. ROUCHY 1, place de Lorraine

Professeurs Honoraires { M. AMSLER 8, rue de Bel Air
 { M. DAVID 6, rue de la Gare
 { M. HY 4 bis rue Hanneloup
 { M. ROUSSEAU 12 bis, rue des Arènes

PROFESSEURS TITULAIRES

M.M. COTTIN	26, rue des Arènes ANGERS	Chimie Générale
DELAITRE	20, avenue Vauban ANGERS	Clinique Médicale Infantile
DESJOBERT	7, rue Thiers CHATEAU GONTIER	Pharmacie chimique
FRESSINAUD	5, avenue Jeanne d'Arc ANGERS	Clinique Médicale B
GERMAIN	18, quai des Carnes ANGERS	Botanique et Cryptogamie
GOYER	12, rue Rabelais ANGERS	Clinique Chirurgicale B
GUERIN	6, av. Foulques Nerra Parc de la Haye AVRILLE	Biophysique Médicale
GUNTZ	16, rue La Fontaine ANGERS	Anatomie
HERISSET	Résidence des Plantes ANGERS	Matière Médicale
HERMANN	21, rue du Quinconce ANGERS	Clinique Ophtalmologique
JOLIVET	27, rue Hoche - ANGERS	Chimie analytique
LAFARGUE	67, rue du Bellay ANGERS	Pharmacie Galénique
MARTIN	17, rue Hanneloup ANGERS	Pathologie chirurgicale
MENARD	BECON les GRANITS	Hygiène et Médecine Sociale
NAULLEAU	18, rue Rabelais ANGERS	Clinique Chirurgicale A
OURY	66, rue Rabelais ANGERS	Clinique Pneumo-Phtisiologique
PERREAU	19, rue Paul Bert ANGERS	Clinique Médicale A
RENIER	19, rue La Fontaine ANGERS	Clinique Rhumatologique
ROUCHY	1, place Lorraine ANGERS	Clinique Gynécologique et obstétricale
SIMARD	Résidence ANJOU Bt B Rte des Ponts de Cé - ANGERS	Anatomie Pathologique.

PROFESSEUR TITULAIRE à TITRE PERSONNEL

HOCQUET	5 Domaine de la Croisette	Parasitologie
	BOUCHEMAINE	

II - PROFESSEURS SANS CHAIRE

MM. PARSY	O.R.L.
PERTUS	Urologie
ROGNON	Chirurgie Générale

III - AGREGES

MM. GODLEWSKI	Neurologie et Psychiatrie
TESTARD	Pédiatrie
THUAU	Pathologie Médicale

IV - MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

MM. ALLAIN	Pharmacologie
AUGEREAU	Pharmacodynamie
BAILLY	Physique
BONNIOT	Clinique Médicale B
CAVELLAT	Anesthésie-Réanimation
Mme CAVELLAT	Anesthésie-Réanimation
MM. CARON	Electroradiologie
COULLAUD	Physiologie
EMILE	Neurologie
FRESNEAU	Médecine Générale et Thérapeutique
GIRAULT	Biochimie Médicale
GROSIEUX	Clinique Gynécologie et Obstétricale
HUREZ	Immunologie - Hématologie
HUYGHUES-DESPOINTES	Biochimie Médicale
JOUBAUD	Médecine Générale et Expérimentale
LARGET-PIET	Pédiatrie génétique
PILLET	Anatomie
PILLOT	Bactériologie
PLANE	Chirurgie Générale
Mlle PRELOT	Zoologie
Mlle QUERO	Microbiologie
Mme SCHNITZLER	Dermatologie-Vénéréologie
M. TADEI	Thérapeutique

Secrétaire de la Faculté Mr R. MAILLEUX

Conservateur de la Bibliothèque de l'Université Mme GALKOWSKI

Par délibération en date du 28 Janvier 1966, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mes Parents

A mon Oncle

A tous les Miens

Avec toute mon affection

et toute ma tendresse

A ma Femme

A notre Maître et Président de Thèse

Monsieur le Professeur René ROUCHY

Président du Centre Universitaire d' ANGERS

Doyen Honoraire de la Faculté de Médecine

Professeur de Clinique Obstétricale et Gynécologique

Gynécologue-accoucheur des Hôpitaux

Officier de la Légion d'Honneur

Votre grande expérience,
votre esprit critique et tout aussi bienveillant
nous ont guidé dans l'apprentissage de la
Gynécologie et de l'Obstétrique.

Que cette Thèse, dont vous nous avez
inspiré le sujet et que vous nous
faites l'honneur de présider soit
le témoignage immédiat de notre
respectueuse admiration.

A notre Jury de Thèse :

Monsieur le Professeur Jacques NAULLEAU
Professeur de Clinique Chirurgicale
Chirurgien des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'Honneur

qui fut notre Maître en chirurgie

Son autorité bienveillante et
l'étendue de son expérience
nous ont guidé dans l'appren-
tissage de la pratique chirur-
gicale.
Qu'il veuille bien trouver ici
l'hommage de notre très respec-
tueux attachement.

Monsieur le Professeur Paul HOCQUET
Professeur de Parasitologie
Biologiste des Hôpitaux

Nous avons toujours beaucoup
apprécié la chaleur de son
accueil et son aide nous fut
précieuse au cours de notre
internat.
Qu'il trouve ici l'expression
de notre respectueuse grati-
tude.

Monsieur le Professeur Pierre GROSIEUX
Maître de Conférences Agrégé
Gynécologue-accoucheur des Hôpitaux

L'étendue de son savoir nous
fut un précieux recours pendant
notre Internat.
Nous lui exprimons toute notre
reconnaissance.

A tous ceux qui nous ont guidé dans l'apprentissage de la Chirurgie :

Monsieur le Professeur R. GOYER

Professeur de Clinique Chirurgicale

Chirurgien des Hôpitaux

Chevalier de la Légion d' Honneur

Son autorité et sa bienveillance,
la sagesse de ses conseils, nous
furent précieux dans l'appren-
tissage de la discipline chirur-
gicale.

Qu'il veuille bien trouver ici
l'hommage de notre très respec-
tueuse gratitude.

Messieurs les Professeurs :

M. GUNTZ

J. PILLET

P. PLANE

Leur enseignement et leur aide
bienveillante nous furent très
précieux.

A nos Maîtres pendant nos études médicales et notre externat dans les Hopitaux de Rouen.

Monsieur le Professeur G. LAURET

Nous lui devons, notre premier contact avec l'obstétrique.

Il sut éveiller notre intérêt pour cette spécialité et son accueil nous fut toujours très bienveillant.

Monsieur le Docteur J. L. BILLIARD DUCHESNE

Monsieur le Docteur J. BILLIARD.

Monsieur le Docteur J. CHEDRU

Monsieur le Docteur R. CORNILLON

Monsieur le Professeur R. DAILLY

Monsieur le Docteur J. DELAPORTE

Monsieur le Professeur Y. GEFFROY

Monsieur le Docteur A. GREZE

Monsieur le Professeur P. JOUANNEAU

Monsieur le Docteur J.F. JOUANNOT

Monsieur le Professeur R. LAUMONNIER

Monsieur le Docteur R. RAMBERT

Monsieur le Professeur J. SEYER

Monsieur le Professeur B. TARDIF

Qu'ils trouvent ici l'expression de notre respectueuse gratitude.

A Messieurs les Docteurs

P.L. BARRAYA

J.' CREZE

P. GEORGE

J. VAILLANT.

Dont nous avons toujours apprécié les
conseils bienveillants.

INTRODUCTION

Dans ce travail, nous avons étudié 1000 observations de femmes qui ont subi une opération césarienne abdominale à la Clinique Obstétricale et Gynécologique , Service du Professeur ROUCHY entre 1960 et 1969.

Avant d'aborder,

- Les indications de l'opération césarienne et celles des interventions associées
- et le pronostic maternel et foetal,

Nous envisagerons :

- La fréquence, le contexte étiologique de la femme césarisée, les éléments de tactique opératoire et le type d'anesthésie.

Nous mettrons en parallèle au cours de cette étude les chiffres des statistiques récemment publiées par d'autres auteurs tant français qu'étrangers.

GENERALITES

F R E Q U E N C E d e s C E S A R I E N N E S

Du 1er Janvier 1960 au 31 Décembre 1969, il a été fait 1 025 opérations césariennes abdominales pour 14 501 accouchements à la Clinique Obstétricale et Gynécologique du Centre Hospitalier Universitaire d'Angers, Service du Professeur ROUCHY. La fréquence des césariennes abdominales dans le service s'élève donc à 7,07 % durant cette période ; dans les grandes séries statistiques publiées ces dernières années, elle varie de 1,6 % à 8,5 % comme le montre le Tableau n° 1.

Notre pourcentage se classe parmi les plus élevés, mais s'explique par le recrutement du service :

- 57 % des opérées sont d'origine rurale,
- 62 % n'ont pas été suivies dans le Service pendant leur grossesse.

Les dystocies mécaniques, ou dynamiques, les urgences, les grossesses pathologiques adressées dans le Service sont plus nombreuses qu'en pratique habituelle.

Nous avons limité notre étude à 1 000 observations, ce qui rend les pourcentages immédiatement évidents dans un travail où l'importance des données statistiques est si grand.

Les dossiers rejetés représentaient :

- 10 observations incomplètes
- les 15 dernières observations de l'année 1969

A U T E U R S	Années	Nombre d' Accouchements	Pourcentage des Césariennes
RACINET et Coll. Grenoble - Pr. MALINAS . .	1957-1966	20 822	1,56
RICHON et SIMONIN Nancy	1944-1960	38 155	1,75
GERNEZ et POIRET Lille.	1930-1960	36 000	2.
KRISMA-MENON Indes	1929-1945 1946-1961	219 090	0,8 2.
RIVIERE Bordeaux - Thèse DEBENEIX	1948-1957		2,6
FINTZ Strasbourg	1952-1961	17 528	2,6
Belgique-Hollande-Luxembourg FOBE et Coll..	1955-1960		2,6
Rapport Triennal de Gde BRETAGNE 1963			2,6
South Atlantic Association of Obstetricians and Gynecologists	1942-1962		2 à 3 %
DILLON (U. .S A.)	1948-1963		2,9
MERGER Paris-Foch	1949-1954	7 897	3,1
MAHON Bordeaux	1954-1963		3,27
JENSEN - AARO Mayo-Clinic	1954-1964		3,3
Clinique Gynécologique Strasgourg	1958-1962		3,5
BAUDON Clermont-Ferrand (Thèse CHIAPPONI).	1958-1967	18 951	3,6
JONES (U. S. A.)	1953-1963	19 000	3,7
GUILHEM Toulouse	1950-1953		3,9
BROWN	1950-1960	41 765	4,1
MORIN - ABBOU Paris Lariboisière	1966-1968		5.
THEIN (U. S. A.)	1956-1962	32 543	6,2
HAUSHERR Metz	1959-1965	5 909	8,46
Clinique Obstétricale et Gynécologique d' ANGERS	1960-1969	14 501	7,07

Tableau 1

Ce bilan de Dix années de césariennes effectuées sous une même direction constitue une des statistiques parmi les plus importantes parues récemment en France aussi bien qu'à l'étranger comme le montre le Tableau suivant : Tableau n° 2 :

Année	A U T E U R S	Période	Nombre de césariennes
1958	Thèse HARDY - Hopital Beaujon	1948-1957	412
1959	Thèse DEBENEIX - Clinique Obstétricale Bordeaux (Pr. RIVIERE).	1948-1957	304
1960	MUGNIERY - Lyon (Pr. BROCHIER)	1945-1960	295
1961	RICHON et SIMONIN - Clin. Obstétricale Nancy (Pr. VERMELIN)	1944-1960	671 (dont 424 corporéales)
1961	GERNEZ et POIRIER 3ème Congrès Mondial de la Fédération internationale de Gynécologie et d'Obstétrique	1930-1960	721
1962	ZOLTAN Budapest	1947-1957	1 004
1962	FINTZ Strasbourg		264
1963	Thèse YOLU Bordeaux (Pr. MAHON)	1954-1963	415
1963	JONES U.S.A. (Congrès annuel de la South Atlantic Association of Obstetricians and Gynecologists) . .	1942-1962	1 154
1964	O'LEARY et Coll. U. S. A.	1952-1961	3 412
1965	FOBE et Coll. (Belgique-Hollande-Luxembourg) Société Royale Belge de Gynécologie	1955-1960	5 000
1966	CHAISTRUSSE et DIA Bordeaux		272
1969	Thèse CHIAPPONI Clermont Ferrand - (Pr. BAUDON) . . .	1958-1967	684
1969	Thèse HAUSHERR Metz	1959-1965	450
1970	RACINET et Coll. Grenoble (Pr. MALINAS)	1957-1966	326

LE CONTEXTE ETIOLOGIQUE de la FEMME CESARISEE

Nous étudierons dans ce chapitre les antécédents des femmes césarisées :

- 1/ Milieu
- 2/ Surveillance prénatale
- 3/ Âge
- 4/ Parité
- 5/ Durée de la grossesse
- 6/ Etat des membranes au moment de l'intervention
- 7/ Le moment de l'Intervention.

1/ LE MILIEU

570 femmes sont de milieu rural 57 %

423 femmes sont de milieu urbain = 42 %

6 nomades

1 de milieu inconnu.

2/ SURVEILLANCE PRENATALE

Sur les 1 000 femmes césarisées, 379 seulement ont été suivies à la consultation prénatale du Service ; nous n'avons retenu que les femmes qui avaient consulté au moins deux fois ou qui, ayant été hospitalisées, furent revues au cours de leur grossesse.

62 % de nos césarisées viennent donc de l'extérieur ou n'ont été vues qu'une seule fois, souvent près du terme de leur gestation.

La forte proportion de rurales (57 %) parmi nos opérées est à rapprocher de ce dernier chiffre ; ces femmes hésitent souvent à se déplacer.

3/ L'ÂGE

L'âge des patientes est précisé dans toutes les observations.

La Tableau suivant (Tableau III) qui donne le nombre de césariennes selon l'âge permet de constater que les 3/4 des interventions ont lieu entre 21 et 35 ans.

Ainsi, après un maximum de 21 à 23 ans, le nombre de césariennes va en décroissant légèrement jusque vers 35 ans.

Pour RACINET et Collaborateurs, l'âge de l'intervention est plus avancé : le maximum de fréquence se trouve situé entre 30 et 35 ans, et c'est entre 25 et 35 ans que sont faites 55 % des césariennes de leur série.

TABLEAU III

NOMBRE de CESARIENNES selon l' AGE :

(758 ont lieu entre 21 et 35 ans)

Nombre
de femmes
césariées

4/ La PARITE

=====

Elle est étudiée dans le TABLEAU IV que voici :

PARITE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	19
Nombre de CESARIENNES	368	187	167	88	58	39	18	26	16	11	9	5	2	1	2	1	2

368 femmes sont des primipares, soit 37 %.

Voici à titre comparatif, quelques pourcentages relevés chez d'autres auteurs :

7/ Le MOMENT de la CESARIENNE

=====

349 sont faites de principe, avant le début du travail

123 sont faites en urgence

528 ont lieu au cours du travail ; parmi celles-ci

174 après une véritable épreuve du travail.

ELEMENTS de TECHNIQUE OPERATOIRE

A/ LA LAPAROTOMIE :

Médiane sous-ombilicale 962 fois
 Incision transversale avec section des droits . 37 fois
 Incision de Pfannenstiel 1 fois

Dans 96 % des cas l'incision pariétale est médiane sous-ombilicale
 3.8 % " " " est transversale.

Il s'agit 37 fois d'une incision pariétale transversale
 avec section des muscles grands droits.

1 seule fois est employée l'incision de Pfannenstiel.

La médiane sous-ombilicale est l'incision classique.

L'incision transversale dans la paroi avec section
 des droits a été abandonnée en raison des difficultés en cas de
 césarienne itérative.

Actuellement, nous pratiquons l'incision de Pfannenstiel.

B/ L'INCISION UTERINE et sa REPARATION

===== sont résumées dans le tableau
suivant :

Type de l'incision	Nombre de cas	Suture en		CESARIENNE mutilatrice dans le même temps
		2 plans	1 plan	
Segmentaire transverse	897	591	301	5
Segmento corporeale transverse	76	48	28	-
Segmento corporeale verticale	7	3	3	1
Corporeale transverse	9	8	-	1
Corporeale verticale	7	4	-	3
Corporeale non précisée	4	4	-	-

En accord avec beaucoup, nous avons recours à l'incision segmentaire transversale.

La suture en un plan n'est pratiquée que depuis 1967, ce qui explique notre fort pourcentage de sutures en deux plans.

Le recours à une incision haute a été imposé par les circonstances :

- adhérences irréductibles à la vessie ou à la paroi dans 7 cas
- segment inférieur non encore fermé dans des interventions avant terme.

En définitive actuellement nous pratiquons :

=====

... l'incision transversale de la paroi type Pfannenstiel,

... l'incision utérine transversale basse, suturée en un plan extra-muqueux au catgut chromé par points séparés.

L'ANESTHÉSIE

Nous avons utilisé deux modes d'anesthésie :

- l'anesthésie rachidienne 339 fois
- l'anesthésie générale 880 fois

1) *La Raché anesthésie* obtenue au moyen d'une injection rachidienne de scurocaïne a été pratiquée dans les premières années de notre étude.

Ainsi 339 anesthésies rachidiennes sont pratiquées avec succès ; elles sont suffisantes tout au long de l'intervention dans 139 observations. Elles ont dû être complétées par une anesthésie générale 200 fois ; mais dans ces 200 observations l'extraction de l'enfant a été effectuée avant le recours à l'anesthésie générale.

2) *L'Anesthésie générale d'emblée* est faite dans les autres cas, soit 660 fois (une césarienne post-mortem a été effectuée ..

Divers types d'anesthésie générale sont été réalisés :

- éther tout au début, mais vite abandonné.
- Diazepam dans quelques cas, associé à la Péthidine.
- Actuellement, nous avons recours en règle au Penthiobarbital ou au Thiopental donnés avec un curarisant et à un mélange gazeux :
soit protoxyde d'azote et oxygène
soit moins fréquemment : Halothane et oxygène.

INDICATIONS

I N D I C A T I O N S

=====

ETUDE ANALYTIQUE

Nous envisagerons successivement :

I/ Les INDICATIONS AU COURS DE L'ACCOUCHEMENT

1 - DISPROPORTION FOETO-PELVIENNE

- . dystocie pelvienne
- . excès de volume foetal

2 - Présentations anormales

- . présentations transversales
- . présentation du siège
- . présentations céphaliques défléchies
(Face - Front - Bregma - et autres présentations malfléchies)
- . Présentations occipito-postérieures

3 - Dystocies dynamiques et états de prérupture

4 - Utérus cicatriciels

5 - Obstacles praevia

II/ Les INDICATIONS FOETALES

1 - Souffrance foetale

- . isolée
- . Associée à une dystocie dynamique
- . associée à des indications autres

2 - Procidence du cordon

3 - Immunisation foeto-maternelle

4 - enfants "précieux"

5 - grossesses prolongées

III/ Les INDICATIONS MATERNELLES

IV. Les INDICATIONS dans l'INTERET de la MERE et de l'ENFANT

- Insertion basse du placenta
- 2 - Diabète
- 3 - Dysgravidie simple et compliquée
 - . Dysgravidie isolée et hypertension
 - . Eclampsie
 - . Hématome rétro-placentaire

LES INDICATIONS AU COURS
DE L'ACCOUCHEMENT

1 - DISPROPORTION FOETO-PELVIENNE

=====

407 cas

Elle englobe, soit la confrontation d'un bassin plus ou moins rétréci avec un foetus de poids normal,
soit la confrontation d'un bassin sensiblement normal avec un gros foetus (RACINET).

Elle est appréciée dans nos observations, le plus habituellement sur les données cliniques, complétées éventuellement par la radiopelvimétrie en fin de grossesse, depuis quelques années, et souvent, par la radiographie simple, notamment en urgence, qui donne de bons renseignements sur le foetus (volume et présentation) et sur le profil du sacrum.

La disproportion foeto-pelvienne est retrouvée 407 fois
: dans 272 observations comme dystocie osseuse pelvienne
: dans 135 observations comme excès de volume foetal

Nous envisagerons ces deux types d'indications successivement :

.....:
I - LA DYSTOCIE PELVIENNE OSSEUSE :
.....:

Notée 272 fois, elle entraîne :

- 138 interventions prophylactiques,
- 134 interventions en cours de travail ; l'épreuve du travail sous perfusion de syntocinon a été faite 24 fois.

La petite taille de la femme est mentionnée 39 fois :
égale ou inférieure à 1 m 50. Mais la taille n'étant pas relevée systématiquement dans tous les dossiers, ce chiffre est en deça de la réalité.

.. A) *INDICATIONS de CESARIENNE AVANT le DEBUT du TRAVAIL* : 138
=====

- 1/ Bassins généralement rétrécis = 71

Ces 71 bassins généralement rétrécis se répartissent ainsi :

60 bassins généralement rétrécis
6 bassins généralement rétrécis et canaliculés
1 bassin généralement rétréci et aplati
3 bassins généralement rétrécis et asymétriques
dont 2 par rachitisme
et luxation de hanche associés

INDICATION UNIQUE : 9 bassins généralement rétrécis sont la seule
----- indication

INDICATIONS ASSOCIEES :

. Bassins généralement rétrécis + 1 indication	33	{	soit 87 indications
+ 2 indications	25		
+ 3 indications	5		

Ces 87 indications sont réparties ainsi :

... césarienne itérative	 30	{	17 premières
			11 secondes
			1 troisième
			1 quatrième
... Présentation du siège	 16		
... Gros Foetus	 15		
... souffrance foetale	 6		
... Enfant "précieux"	 1		
... Gemellaire	 1		
... Présentation transverse	... 3		

... Présentation défléchie	2
... Insertion basse du placenta	2
... Dépassement du terme	2
... Toxémie	3
... Malformation utéro-vaginale	3
... Périnée cicatriciel	1
... Paralysie sciatique maternelle après forceps	1
... Cardiopathie	1

- 2/ Bassins transversalement rétrécis = 22

Ils s'accompagnent toujours d'une indication associée.

Il y a :

11 fois une indication complémentaire

8 fois deux " "

3 fois trois " "

Ces 36 indications complémentaires se répartissent ainsi :

	{ 8 premières
- 17 césariennes itératives	{ 8 deuxièmes
	{ 1 troisième

- 8 gros foetus
- 5 présentations de siège
- 1 présentation transversale
- 1 enfant "précieux"
- 1 procidence du cordon
- 2 dépassements du terme
- 1 malformation utérine.

- 3/ Bassins aplatis = 14 qui se répartissent en :

6 aplatis purs (ou annelés)

6 aplatis canaliculés dont un également généralement rétréci déjà étudié

1 aplati et iliofémoral double

1 bassin généralement rétréci et aplati déjà vu.

Un seul représente l'indication opératoire unique parmi les 12 bas-
sins aplatis non encore étudiés

```
: 5 fois une indication associée
: 4 fois 2 indications associées
:
: 2 fois trois indications associées
```

Ces 19 indications associées se répartissent ainsi :

- . 6 césariennes itératives : 3 1ères césariennes itératives
- : 3 2èmes " "
- . 1 Présentation du siège
- . 2 présentations en occipito-postérieure
- . 1 enfant "précieux"
- . 1 souffrance foetale
- . 3 gros foetus
- . 5 dépassements du terme

- 4/ Bassins canaliculés = 17

Ils sont déjà étudiés car associés à une des déformations précédemment envisagées ; ce sont :

- . 6 bassins généralement rétrécis et canaliculés
- . 1 bassin généralement rétréci, aplati et canaliculé
- . 4 bassins aplatis et canaliculés.

Les 5 bassins canaliculés purs non encore étudiés sont toujours associés à une ou plusieurs indications. Enfin, il existe un bassin ilio-fémoral et canaliculé.

- 5/ Bassins ilio fémoraux doubles = 6

Ils sont toujours associés à une autre indication

4 sont purs

1 est également canaliculé { déjà vus.
1 est également aplati }

- 6/ Bassins asymétriques = 5

3 ont déjà été étudiés car également généralement rétrécis.

les 2 restants :

asymétrique par redressement de la paroi latérale droite et représente l'indication unique
autre est secondaire à un enfoncement du cotyle gauche
mais s'accompagne d'une procidence du cordon et d'un gros foetus.

- 7/ Déformations diverses : il s'agit dans tous les cas de
césariennes itératives.

- . 2 rétrécissements du détroit moyen dont l'un avec
siège décomplété
- rétrécissement du détroit inférieur avec présenta-
tion du siège complet et un gros enfant
- . tumeur osseuse praevia : il s'agit d'une exostose
de la branche ischio pubienne droite, accessible
au toucher vaginal, confirmée par radiographie et
qui avait entraîné une césarienne après épreuve du
travail lors d'une césarienne précédente.

- 8/ Enfin, il reste

césariennes prophylactiques où la déformation pelvienne n'est

7 fois, il s'agit d'un bassin limite.

Pour ces césariennes, on trouve : 9 fois une indication associée

: 6 fois 2 " "

: 2 fois 3 indications associées

. 14 fois il s'agit d'une césarienne itérative :

7 2ème césarienne itérative

5 1ère " "

3ème " "

1ère " "

. 7 gros enfants.

.. B) INDICATIONS DE CESARIENNE AU COURS DU TRAVAIL = 134

L'intervention n'est décidée qu'après mise à l'épreuve du bassin, mais il ne s'agit pas toujours d'une véritable épreuve du travail car de nombreuses indications associées viennent souvent se surajouter à la viciation pelvienne, pour entraîner l'indication opératoire assez précocement.

- = Une seule fois le bassin est généralement rétréci et canaliculé fortement. Mais il s'agit d'une grossesse de 6 mois 1/2 en présentation de siège, chez une femme qui présente un héli-utérus et plusieurs autres malformations. La césarienne est décidée à regret, pour éviter le risque de rétention de tête dernière, après un court travail et parce que l'enfant est "précieux". Le résultat en sera heureux.
- = Il s'agit donc toujours de bassins limites sauf le cas qui vient d'être étudié.

Ils se répartissent ainsi :

1/ Bassins généralement rétrécis limites = 52

dont - 47 généralement rétrécis purs

3 bassins généralement rétrécis et canaliculés

1 bassin généralement rétréci, canaliculé et qui présente un rétrécissement du détroit inférieur lors d'une grossesse de 8 mois 1/2.

1 bassin généralement rétréci avec rétrécissement du détroit inférieur.

INDICATION UNIQUE : 14 Cas

Indications associées :

29 fois une indication associée

9 fois deux indications associées

7 fois trois indications associées

Ces 61 indications associées se répartissent

ainsi :

: 14 souffrances foetales
 : 11 gros enfants
 : 7 présentations du siège
 : 8 césariennes itératives toutes premières
 : 16 dystocies dynamiques
 : 6 toxémies
 : 2 hypoplasies utérines

. 2/ Bassins limites transversalement rétrécis = 21

- 18 bassins transversalement rétrécis limites simples
- 3 bassins transversalement rétrécis et canaliculés

INDICATION UNIQUE : 2 cas

Indications associées :

une : 8 cas
 deux : 10 cas
 trois : 1 cas

Ces 31 indications associées se répartissent ainsi :

- 6 souffrances foetales
- 5 gros enfants
- 5 présentations dystociques
 - { 2 Bregma
 - { 2 droite postérieure
 - { 1 siège décomplété
- 1 gémellaire
- 8 césariennes itératives
 - { 7 premières
 - { 1 seconde
- 4 dystocies dynamiques
- 1 malformation utérine
- 1 toxémie

. 3/ Bassins aplatis = 13

9 purs
 3 aplatis et canaliculés
 1 aplati et ilio-fémoral double

Il y a toujours une ou plusieurs indications associées

: 6 fois une indication associée
 : 6 fois deux indications "
 : 1 fois trois " "

soit 21 indications associées réparties ainsi :

- 4 souffrances foetales
- 2 gros enfants
- 3 occipito postérieurs
- 2 césariennes itératives { 1 première
 } 2 secondes
- 2 toxémies
- 5 dystocies dynamiques
- 1 terme dépassé.

. 4/ Bassins canaliculés limites = 11

- 5 déjà vus car associés à un bassin généralement rétréci limite
- 6 purs toujours associés à une ou plusieurs indications.

Ces 9 indications sont :

- 1 souffrance foetale
- 1 siège complet
- 1 occipito postérieure
- 2 gros enfants
- 2 césariennes itératives (première)
- 1 toxémie
- 1 hypoplasie utérine.

. 5/ Bassins limites ilio femoraux doubles = 4

dont un déjà étudié car également aplati.

Parmi les 3 autres :

- Un sans indication associée,
- Un opéré à 4 ans associé à une dystocie dynamique
- un peu marqué, mais associé à une dystocie dynamique et à une présentation du siège complet.

. 6/ Bassins limites asymétriques = 4 qui sont

- 1 bassin ilio fémoral par luxation congénitale droite associée à un gros enfant et une dystocie dynamique
- 2 bassins limites asymétriques par hypo développement d'un os iliaque, séquelle de poliomyélite
- 1 par fracture récente survenue pendant la présente grossesse. Il s'agit d'ailleurs d'une indication de césarienne itérative.

. 7/ Viciations diverses = 10 Ce sont :

= 6 rétrécissements du détroit moyen associés à :

- 1 Bregma
- 1 gros enfant
- 2 occipito postérieures
- 1 siège décomplété
- 1 césarienne seconde

= 3 rétrécissements du détroit inférieur :

- . Un déjà vu, car associé à un bassin généralement rétréci.
- . Deux avec 4 indications complémentaires :
 - 2 sièges
 - 1 gros enfant
 - 1 terme dépassé
- . Une exostose de la branche ischio-pubienne droite déjà mentionnée.

. 8/ Bassins limites de type non précisé = 26

. 7 sont l'indication unique après échec du travail

Ailleurs, il existe une ou plusieurs indications associées :

- : 7 fois 1 indication associée
- : 10 fois 2 " "
- : 2 fois 3 " "

Ces 33 indications complémentaires sont :

- 7 souffrances foetales
- 4 gros enfants
- 2 sièges décomplétés
- 1 front
- 6 premières césariennes itératives
- 9 dystocies dynamiques
- 2 toxémies
- 2 malformations utéro-vaginales.

II - EXCES de VOLUME FOETAL

Nous relevons 197 foetus de gros volume. Dans 16 observations seulement, la grosse taille du foetus est seule à l'origine de l'indication opératoire et toujours après épreuve du travail ; 8 fois il a été fait une perfusion de Syntocynon.

Une fois, la césarienne est décidée après l'échec d'une application de forceps sur un enfant de 4 300 g. chez une 4ème pare où le diagnostic d'engagement avait été erroné.

— L'appréciation de l'excès de volume foetal est faite d'après la hauteur utérine.

Elle est : 112 fois de 32 à 34 cm

51 fois de 35 à 39 cm

7 fois de 40 à 45 cm

— La disproportion foeto-pelvienne est encore soulignée par la petite taille de la mère qui est mentionnée 28 fois. Mais la taille n'est pas relevée systématiquement dans nos dossiers. Elle n'est notée que lorsque très significative, c'est-à-dire voisine de 1 m 50 ou inférieure.

L'excès de volume foetal se trouve confirmé par la pesée de l'enfant :

8 pèsent 5 000 g et plus

26 pèsent de 4 500 à 4 950 g

73 pèsent de 4 000 à 4 450 g

9 pèsent de 3 500 à 3 950 g

et sont de gros enfants par rapport à la mère.

INDICATIONS ASSOCIEES

16 fois seulement, nous l'avons vu, l'excès de volume foetal est seul à l'origine de l'indication opératoire et toujours après épreuve du travail. Ainsi dans 181 observations, la décision opératoire se trouve étayée par 308 indications complémentaires (213 d'origine maternelle, 95 d'origine foetale).

L'excès de volume foetal s'accompagne :

75 fois d'une seule indication

78 fois de deux indications

19 fois de trois indications

7 fois de quatre indications.

A) *Les indications associées d'origine maternelle se répartissent ainsi :*

- 62 viciations pelviennes qui entraînent :

35 césariennes prophylactiques pour :

15 bassins généralement rétrécis

8 bassins transversalement rétrécis

3 bassins aplatis

1 bassin asymétrique (enfoncement du cotyle)

1 rétrécissement du détroit inférieur

7 bassins limites où la taille foetale a joué un rôle déterminant.

27 césariennes en cours de travail pour bassins peu touchés.

11 bassins généralement rétrécis

5 bassins transversalement rétrécis

2 bassins aplatis

2 bassins canaliculés

1 bassin ilio fémoral

1 rétrécissement du détroit moyen

1 rétrécissement du détroit inférieur

4 bassins limites où la déformation n'est pas précisée.

- 57 césariennes itératives

38 premières

18 deuxièmes

1 troisième

D'autres indications font décider l'intervention généralement avant le début du travail :

1 antécédent de myomectomie

2 antécédents de déchirure complète du périnée

3 prolapsus opérés

5 diabètes

8 insertions basses du placenta

1 séquelle de poliomyélite

1 paralysie sciatique secondaire à une application de forceps.

Par contre, interviennent plus ou moins tôt au cours du travail, si la césarienne n'était pas décidée plus tôt pour une autre raison :

29 dystocies dynamiques (dont un spasme du col)

4 préruptures

5 malformations utérines

21 dépassements du terme

13 TOXEMIES

1 hydramnios

B) Les indications associées d'origine foetale se répartissent ainsi :

42 souffrances foetales

28 présentations du siège

4 présentations transversales

4 Bregma

1 front

9 sommets en occipito postérieure

1 procidence du cordon

6 enfants "précieux".

Ainsi, sur les 197 excès de volume foetaux, 62 accompagnaient une dystocie osseuse.

Parmi les 135 restants :

61 fois la césarienne fut prophylactique habituellement en raison des indications foetales ou maternelles associées.

74 fois, une épreuve de travail fut tentée, 31 fois avec perfusion de syntocinon ; 3 fois il s'agissait d'un déclenchement du travail pour grossesse prolongée. 2 fois, on fit une application de forceps inopérante. Un cas est déjà cité, l'autre application de forceps fut faite en maternité rurale : Son échec amena le transfert à la Clinique obstétricale où la césarienne fut faite en urgence pour souffrance foetale associée.

En conclusion : la disproportion foeto-pelvienne est retrouvée dans 407 observations, soit 40,7 % des cas.

272 fois comme dystocie osseuse, compliquée 62 fois d'un excès de volume foetal,

135 fois comme excès de volume foetal sans dystocie osseuse mais où s'associent néanmoins d'autres indications dans 123 observations.

Si nous comparons nos pourcentages à ceux des statistiques récentes, ils s'avèrent voisins :

Voir tableau ci-après :

AUTEURS	DISPROPORTION FOETO PELVIENNE	DYSTOCIE PELVIENNE OSSEUSE
MILFORT		18,6 %
HALL		21,5 %
JONES		28 %
CLINIQUE OBSTETRICALE ET GYNECOLOGIQUE (Angers)	40,7 %	27,2 %
RACINET	44,2 %	
CHIAPPONI	44,73 %	
BELGES	45,2 %	
RICHON	47 %	
KRISNA MENON	50 %	
GERNEZ-POIRET	50 %	
WATERS	50,4 %	
JENSEN AARO	55 %	
BROWN	66 %	

PRESENTATIONS

ANORMALES

PRESENTATIONS TRANSVERSALES

59 opérées dans notre série :

44 présentations transverses (2 itératives)

13 présentations de l'épaule (1 itérative)

2 épaules négligées

- Les femmes sont en général des multipares : on en dénombre 55 dont 35 grandes multipares. 4 seulement sont des primipares.
- Elles sont en général âgées : 39 ont plus de 30 ans.
- 45 fois la présentation transverse intervient comme indication majeure, y compris 10 cas accompagnés de procidence du cordon, celle-ci étant la conséquence de la mauvaise accommodation foeto-pelvienne.
L'intervention a lieu 24 fois avant 8 mois ¹/₂.

Le moment de l'intervention :

1/ Celle-ci est effectuée 18 fois en extrême urgence pour une cause associée

- 10 procidences du cordon où la rupture des membranes fut 7 fois prématurée et 1 fois artificielle.
- 4 souffrances foetales
- 2 placentas insérés bas dont l'un s'accompagne d'une procidence du cordon avec mort foetale survenue avant l'intervention.
- 1 état de prérupture, qui se transforme en rupture sur la table opératoire, chez une parturiente avec présentation de l'épaule, et dont l'enfant était mort, à la suite d'une procidence du cordon, après rupture artificielle des membranes en ville.
- 1 état de choc grave sans hémorragie extériorisée due à une apoplexie utéro-placentaire gravissime qui entraîne la mort de deux jumeaux et de leur mère.

2/ La césarienne fut prophylactique 25 fois

les membranes étant intactes 8 fois, rompues prématurément 17 fois dont une fois accidentellement au cours d'une amnioscopie.

A ces 25 présentations transversales (20 transverses - 5 épaules), s'associent 20 fois une ou plusieurs indications qui sont souvent déterminantes :

- 4 viciations pelviennes
- 2 malformations utérines
- 6 antécédents de césarienne
 - (5 premières césariennes itératives
 - 1 cinquième césarienne itérative)
- 1 fibrome praevia
- 5 états maternels pathologiques
 - . 2 toxémies
 - . 2 cardiopathies
 - . 1 tuberculose pulmonaire grave
- 1 terme dépassé
- 2 hydramnios
- 1 iso-immunisation foeto-maternelle
- 3 enfants "précieux"
- 1 gros enfant

3/ La césarienne fut effectuée 16 fois au cours du travail pour :

- 10 présentations transverses
- 4 présentations de l'épaule
- 2 épaules négligées

Les membranes étaient intactes 4 fois et rompues 12 fois.

- 3 fois le foetus était mort avant l'opération :

dans 2 cas d'épaule négligée où l'hypertonie de l'utérus moulé sur la présentation imposa l'intervention (2 cinquièmes pares)

Dans le 3ème cas, ce fut la découverte, sous anesthésie générale, d'un foetus phocomèle, qui conduit à l'intervention chez une 8ème pare enceinte de 7 mois $1/2$, pour laquelle on envisageait une grande extraction.

- Dans les 13 autres cas, on trouve :

- . 6 fois une indication associée : 1 prérupture utérine
 - : 2 dystocies dynamiques
 - : 1 col cicatriciel non dilaté, séquelle d'application de forceps, qui entraîne l'intervention malgré le terme de 6 mois $1/2$.
 - : 1 gros enfant
 - : 1 enfant "précieux".

Résultats foetaux

6 indications ont été portées alors que le foetus était mort.

53 indications ont été portées alors que le foetus était vivant :

- . 4 sont morts
 - ... 1 au cours de la césarienne : il s'agissait d'une gestation de 7 mois $1/2$ avec hydramnios
 - ... 1 foetus achondroplaste de 1 820 g. né à terme est mort en 20 mn.
 - ... 1 prématuré de 7 mois né en état de détresse sévère est mort à la 4ème heure (hémorragie des surrénales et maladie des membranes hyalines)
 - ... 1 prématuré de 6 mois $1/2$ pesant 1 580 g. a fait une hémorragie cérébro-méningée qui a entraîné la mort au 4ème jour
- . 49 ont survécu :
 - ... 34 nés à terme pesant plus de 3 000 g. présentaient un état satisfaisant
 - ... 15 étaient prématurés. L'un de ceux-ci né à 6 mois $1/2$ et pesant 1 070 g. a présenté un retard staturo-pondéral et psychomoteur.

LE MOYEN de la FÉCONDATION

Elles sont faites avant le début du travail 71 fois soit dans 46,5%
des cas
au cours du travail 82 fois soit dans 53,5 % des cas

....

1 - 71 présentations du siège sont opérées avant tout travail
..... (46,5 % des cas)

Les membranes sont rompues prématurément dans 23 cas. En outre
la présentation du siège n'est jamais rencontrée comme indication
associée :

27 fois une indication est associée
33 fois deux indications sont associées
11 fois trois indications sont associées

Ces 126 indications complémentaires n'ont pas la même importance :

CERTAINES ETAIENT CAPITALES

ainsi : 4 insertions basses du placenta
2 procidences du cordon
suspicion de rupture d'utérus cicatriciel
qui ont entraîné l'intervention d'urgence

- 21 autres indications

19 gros foetus
26 césariennes itératives { 19 premières
6 secondes
1 troisième
2 tumeurs praevia, constituées par un héli-utérus (il s'agit
de la même malade césarisée 2 fois)
3 antécédents de déchirures complètes du périnée
11 souffrances fœtales

D'AUTRES INDICATIONS COMPLEMENTAIRES MOINS IMPORTANTES mais souvent
..... associées entre elles entraînaient alors l'indication ; il s'agit de :

6 malformations utérines
2 utérus myomateux
5 grossesses prolongées

- ... 9 malformations utérines dont 3 utérus hypoplasiques
- ... 1 bride vaginale
- ... 5 grossesses prolongées
- ... 5 toxémies
- ... 1 échec de la descente
- ... 2 dystocies d'expulsion ; l'une survient chez une femme qui avait eu
3 accouchements normaux après une opération de Strassmann
- ... 1 procidence du cordon
- ... 3 enfants "précieux"
- ... 2 grossesses gemellaires :
le premier jumeau se présentant en siège décomplété dans l'une, alors que c'était le second dans l'autre .
Dans ce dernier cas, le 1er jumeau momifié avait été expulsé spontanément auparavant.
- ... 38 souffrances fœtales : ce dernier chiffre est sans doute excessif, mais nombre de nos observations ont été faites avant l'emploi des moyens modernes de surveillance du fœtus qui permettent une appréciation plus rigoureuse de cette souffrance.

La rupture prématurée des membranes n'est pas comptée dans ces indications complémentaires, et fut seule à intervenir en plus de la présentation du siège dans 2 de nos observations de césariennes décidées au cours du travail.

Enfin, il est intéressant de noter que 3 malformations utérines furent découvertes per-opératoirement : il s'agissait de 2 épérons médians et d'un hémio-utérus droit.

- Ainsi dans 19 observations sur 153, on retrouve une malformation utérine sans aucun doute à l'origine de la présentation anormale.

.....
 : PRESENTATION de la FACE :

Cette indication n'est retrouvée que 4 fois, représentant 0,4 % de nos indications, ce qui confirme, s'il en était besoin, que la présentation de la face reste une présentation généralement eutocique.

A/ DANS DEUX CAS, il EXISTE UNE INDICATION ASSOCIEE MAJEURE :

= 1er cas :

.....

- . 3ème pare, 26 ans, près du terme, antécédent de césarienne pour dystocie d'engagement par viciation pelvienne, rupture prématurée des membranes et procidence du cordon ; césarienne d'urgence; extraction d'un enfant de 1 980 g. bien portant après une courte réanimation.

= 2ème cas :

.....

- . 21 ans, primipare près du terme ; rupture prématurée artificielle des membranes avant hospitalisation ; présentation de la face non engagée ; viciation pelvienne (bassin asymétrique et rétréci) ; césarienne immédiate ; enfant bien portant de 3 250 g. Apgar à 10 ; suites infectieuses pour la mère.

B/ DANS LES 2 AUTRES CAS, la PRESENTATION DE LA FACE EST LA CAUSE PREMIERE de l'INTERVENTION

Chez deux primipares :

- Dans un cas il s'agit d'une face en mento iliaque droite postérieure qui ne progresse plus par anomalie de la contraction utérine après

rupture prématurée des membranes.

Enfant bien portant : 2 880 g. Apgar à 9

- Dans l'autre cas, l'épreuve du travail se solde par une anomalie de la dilatation - face en mento sacré.

Enfant bien portant de 3 620 g. Apgar à 10.

Au total, la présentation de la face est donc une indication qui reste très rare, isolée.

.....
 :
 : PRESENTATION du FRONT :
 :
 :

17 indications, soit 1,7 % des indications.

Cette présentation se retrouve chez :

13 primipares
 et 4 multipares

- Le TERME

: 10 grossesses sont à terme
 : 6 " " à 8 mois 1/2
 : 1 " est prolongée

- Le VOLUME FOETAL est important

Sur 18 enfants , car une grossesse est gémellaire , 15 pèsent plus de 3 000 g.

- Le MOMENT de l'intervention

Les membranes sont rompues 15 fois lors de la césarienne (3 fois artificiellement).

Le travail est le plus souvent prolongé, sauf dans 2 cas, où la décision opératoire est prise en tout début de travail (les membranes étant intactes). Il existe dans ces 2 cas un antécédent de césarienne, associé dans la deuxième observation à une viciation pelvienne et à un terme dépassé.

Le travail est interrompu 5 fois devant l'apparition d'une souffrance foetale qui survient :

1 fois à la dilatation complète
 1 fois sur un foetus en voie d'enclavement

1 fois associée à un gros volume foetal

1 fois chez une parturiente en pré-eclampsie

Dans un cas de grossesse gémellaire, l'indication opératoire est portée car il existe une hémorragie génitale modérée, mais persistante après la rupture artificielle des membranes. L'intervention fera découvrir une insertion basse du placenta et permettra d'extraire deux enfants en bon état.

Dans les 9 cas restants :

- 6 fois le FRONT est indication unique.
- 3 anomalies, qui peuvent être à l'origine de la présentation dystocique, sont retrouvées, il s'agit de :
 - 2 viciations pelviennes légères
 - 1 malformation utérine (utérus bicorne)

C'est l'arrêt de la progression qui fait opter pour la voie haute.

Dans 3 observations, la dilatation complète est obtenue, mais la tête est bloquée au détroit supérieur 1 fois, et 1 fois à la partie moyenne de l'excavation pour un front en naso iliaque droite antérieure.

.....
 .
 .
 . PRESENTATION du BREGMA .
 .
 .

13 indications, soit 1,3 % des indications.

Cette présentation est caractérisée par la perception au centre de la dilatation de la grande fontanelle. Ceci est la conséquence d'une déflexion du sommet au cours du travail, ou d'une flexion incomplète de celui-ci.

Cette présentation se retrouve chez :

- 7 primipares
- 6 multipares

- Le TERME

- 8 grossesses sont à terme
- 3 " " à 8 mois I.2
- 1 " est à 8 mois
- 1 terme est dépassé

- Le VOLUME FOETAL est IMPORTANT

puisque'il est toujours supérieur à 3 000 g. sauf pour un prématuré de 8 mois.

- Le MOMENT de l'Intervention

- . Il est fait UNE césarienne prophylactique, car la grossesse est prolongée de 10 jours. Les membranes sont intactes.
- . UNE autre intervention a lieu en début de travail pour souffrance foetale et gros enfant.
- . Dans tous les autres cas, l'intervention a lieu après épreuve du travail prolongée ; les membranes ont été rompues artificiellement 8 fois. Cette épreuve est interrompue:
 - 4 fois pour souffrance foetale. Une fois celle-ci survient en fin

de travail ; l'intervention vient d'être décidée lorsqu'une rupture utérine survient sur la table d'opération.

Une fois la souffrance foetale survient chez un gros enfant de 4 130 g. qui crie après désobstruction, présente au 2ème jour des convulsions et qui est suspect de comitialité.

Les autres causes d'interruption du travail sont :

- 2 viciations pelviennes légères qui entraînent une dystocie d'engagement
- 1 insertion basse du placenta, non hémorragique, à dilatation complète
- 1 dystocie dynamique
- 2 dystocies d'engagement à dilatation complète avec présentation en occipito postérieure dans 1 cas, au cours d'une grossesse à risque élevé dans l'autre cas .
- 1 dystocie d'expulsion à dilatation complète, la présentation restant bloquée à la partie haute de l'excavation malgré une perfusion d'ocytociques.

La durée de l'épreuve du travail est donc habituellement prolongée avant que ne soit prise la décision opératoire.

.....
 : AUTRES PRESENTATIONS CEPHALIQUES MAL FLECHIES :
 :
 :

13 autres présentations céphaliques mal fléchies sont portées comme indication opératoire associée : 8 d'entre elles sont des présentations occipito postérieures.

- Ces présentations mal fléchies sont des indications d'appoint :

Elles sont retrouvées chez :

- 8 primipares
- 5 multipares

- Le volume foetal est important :

12 enfants sur 23 pèsent plus de 3 000 g.

- Le moment de l'intervention est tardif sauf dans 3 cas

- dans deux cas, il existe un antécédent de césarienne auquel s'associent une fois une anomalie de la dilatation, une autre fois une présentation en occipito iliaque gauche postérieure.
- dans le 3ème cas, une crise éclamptique est survenue chez une première pare de 19 ans, après 2 tentatives de déclenchement du travail par ocytociques, pour terme dépassé de 15 jours en maternité rurale.

- Dans les 10 autres cas une épreuve de travail est dirigée avec l'aide d'anti-spasmodiques et 3 fois des ocytociques.

Cette épreuve est interrompue pour apparition de souffrance foetale 3 fois.

Enfin, elle échoue dans tous les autres cas, car il existe une dystocie d'engagement associée à une viciation pelvienne légère 2 fois, associée à une dystocie dynamique 3 fois.

Dans un autre cas, un rétrécissement du détroit moyen fait échec à la descente, et dans le dernier cas, le sommet est en voie d'enclavement alors que la dilatation est complète.

Ainsi, la décision opératoire est habituellement prise après un travail prolongé.

PRESENTATIONS du SOMMET en OCCIPITO POSTERIEURE

18 sont reportées comme indications, mais sont des indications d'appoint

Ces indications se retrouvent chez 13 primipares
et 5 multipares

Le volume du foetus est important : 16 enfants pèsent plus de 3 200 g.

L'intervention a lieu en début de travail dans 3 cas pour

- souffrance foetale, dépassement du terme et viciation pelvienne associés dans la première observation,
- dépassement du terme et viciation pelvienne dans la 2ème observation,
- antécédent de césarienne, gros foetus, et dystocie dynamique dans la 3ème observation.

15 fois une épreuve du travail est entreprise avec usage d'ocytociques
dans 4 observations.

L'indication opératoire sera portée pour une ou plusieurs causes associées qui sont :

- 4 souffrances foetales
- 3 gros foetus
- 4 viciations pelviennes légères
- 1 antécédent de césarienne
- 7 dystocies dynamiques
- 1 syndrome de pré-rupture
- 1 échec d'application de forceps à la partie moyenne de l'excavation.

L'Etat des enfants :

- 17 enfants montrent un état satisfaisant
- 1 enfant est post-mature et hypotrophique.

DYSTOCIES

DYNAMIQUES

Mentionnée dans 227 observations, soit un pourcentage brut de 22,7 % des cas de notre série, la dystocie dynamique joue un rôle capital dans 81 observations seulement, 8,1 % des cas.

Les publications récentes font état de pourcentages variables :

RICHON	3,9 %
CHIAPPONI	4,82 %
JONES	5 %
GERNEZ	5,9 %
JENSEN	6,3 %
De COSTA	7 %
BRYANT	9 %
RACINET	13,5 %
TETE	16 %
MILFORT	18,1 %

Notre pourcentage n'est pas très élevé en ne tenant compte que des cas où la dystocie fonctionnelle est l'indication principale. Cependant, la dystocie dynamique est retrouvée comme indication secondaire dans 146 observations où elle s'associe à une dystocie mécanique, une présentation anormale, ou un utérus cicatriciel que nous envisagerons plus loin.

Par ailleurs, nous avons regroupé en fin de ce chapitre, 12 états de pré-rupture que nous avons cru devoir rapprocher des dystocies fonctionnelles.

- 1/ La DYSTOCIE FONCTIONNELLE, indication principale de la césarienne :

- est isolée dans 41 observations
- elle se retrouve associée uniquement à une souffrance foetale dans 40 autres cas.

Cependant, dans 4 observations, la souffrance foetale, apparue très tôt, n'a pas permis une véritable épreuve du travail qui aurait peut-être vu se résoudre la dystocie fonctionnelle.

Cette indication est en effet habituellement portée après une épreuve du travail au cours de laquelle ont été utilisés :

- des anti-spasmodiques dans tous les cas
- des ocytociques dans 1/4 des cas
- une anesthésie au viadril dans 5 cas.

La surveillance de l'épreuve est facilitée par l'usage de la cardiotocographie externe ou de la tocographie externe associée à l'enregistrement du rythme cardiaque foetal par une électrode appliquée sur le cuir chevelu du foetus. Ces enregistrements constituent un moyen de surveillance de la contraction utérine plus précis que la simple surveillance clinique qu'il ne faut pas négliger pour autant. Ils montrent aussi le retentissement de la contraction utérine sur la fréquence cardiaque foetale et permettent de dépister une souffrance foetale débutante.

Il semble que ce moyen de surveillance donne la possibilité, dans un certain nombre de cas, de prolonger l'épreuve du travail et d'éviter parfois le recours à la césarienne.

LE TERRAIN ELECTIF de la dystocie fonctionnelle est représenté par la primipare jeune :

- 63 primipares pour 18 multipares dans notre série,
- 45 de ces femmes ont moins de 25 ans
- Mais on retrouve également 4 primipares âgées.

L'ETAT des MEMBRANES AU MOMENT de l'INTERVENTION

Rompues prématurément	14 fois
Rompues précocement	13 fois
Rompues artificiellement	28 fois
Intactes	8 fois

TYPE de la DYSTOCIE DYNAMIQUE

- ... Elle est cervicale uniquement, dans 17 cas, traduite par une anomalie de la dilatation sans cause organique patente.
- ... Il s'agit d'une anomalie de la contraction utérine dans 24 cas par hypertonie ou hypotonie ou encore souvent par anarchie des contractions qui sont irrégulières, inégales en intensité et en durée comme peuvent le révéler les enregistrements tocographiques.
- ... Le plus souvent la dystocie est mixte : il s'agit d'une anomalie de la contraction utérine et de la dilatation cervicale associées que l'on retrouve dans 36 cas.

- 2/ En tant qu'indication secondaire dans 146 observations, la DYSTOCIE se trouve associée à une ou plusieurs indications pour la plupart principales qui sont :

- 69 disproportions foeto pelviennes
- 41 présentations du siège
- 13 présentations anormales autres qu'un siège
- 34 utérus cicatriciels
- 6 malformations utérines
- 2 utérus fibromateux
- 3 dysgravidies
- 12 grossesses prolongées.

- 3/ Enfin, nous avons rapproché 12 observations où l'indication opératoire est portée pour état de prérupture
 - dans 2 cas l'intervention met en évidence une rupture effective :
 - . 1er cas : 28 ans - 3ème pare près du terme. Etat de prérupture laparotomie : rupture partielle du segment inférieur sur la zone cicatricielle d'une première césarienne - agrandissement, extraction d'un enfant bien portant de 3 170 g. - Suture utérine - stérilisation - suites normales pour la mère et l'enfant.
 - . 2ème cas : 32 ans - 4ème pare - au terme de 8 mois $1/4$. Présentation de l'épaule - Rupture artificielle des membranes en ville en début de travail suivie de pro-cidence funiculaire et de la mort de l'enfant. Etat de prérupture utérine. La rupture survient sur la table pendant la préparation de la malade à l'intervention. Enfant de 2 800 gr. dans l'abdomen. Suture utérine - Stérilisation - **Suites fébriles.**
- dans 10 autres cas il n'y a pas de rupture. L'intervention a sans doute permis de l'éviter. Il existe toujours dans ces cas une ou plusieurs indications associées à l'état de prérupture et l'on re-trouve le plus souvent comme indication conjointe
 - soit une dystocie mécanique
 - soit un utérus cicatriciel et parfois les deux.
- Les indications complémentaires ou adjoindes sont :
 - . 2 présentations de l'épaule (une est une épaule négligée avec utérus moulé sur l'enfant mort)
 - . 3 enfants gros
 - . 1 présentation du siège
 - . 1 présentation en occipito postérieure
 - . 1 malformation utérine
 - . 7 antécédents de césarienne
 - . 1 procidence du cordon.

UTERUS

CICATRICIEL

Nous envisagerons successivement dans ce chapitre :

- Les césariennes itératives au nombre de 282
- les hystérotomies pour myome ou polype
- les autres opérations plastiques du corps utérin.

A) - LES CESARIENNES ITERATIVES

.....

Il y a : 176 secondes césariennes

92 troisièmes "

9 quatrièmes "

4 cinquièmes "

1 sixième "

Au total, 282 césariennes itératives soit un pourcentage de 28,2 %.

CERTAINS AUTEURS donnent des pourcentages inférieurs :

d'ESOPD 12,1 %

MILFORT et FINTZ .. 17 %

COSGROVE 17,5 %

D'AUTRES donnent des pourcentages voisins :

MERGER 22 %

KISTNER 22,7 %

CHIAPPONI 22,95 %

RACINET 25,4 %

POSNER 27,3 %

GERNEZ 27,5 %

ENFIN, certains auteurs, la plupart américains, publient des pourcentages nettement supérieurs :

SCHAEFFER et CARPENTIER	40,6 %
HALL	41,9 %
BRYANT	43 %
POWELL	43,6 %
RUBIN	46,1 %
RICHON	52,5 %
JENSEN et AARO	55 %
JONES	56 %

. 1) *Les 176 secondes césariennes comprennent :*

- 94 césariennes où l'indication est retrouvée identique lors des deux opérations.

Parmi les opérations les plus fréquentes, on retrouve :

- . 49 viciations pelviennes
- . 10 dystocies dynamiques
- . 7 présentations du siège (dont 2 associées à une malformation utérine)
- . 4 grossesses prolongées
- . 7 maladies maternelles
- . 5 obstacles praevia

- 82 césariennes où l'indication a varié :

Parmi les indications nouvelles- nous retiendrons ;

- . 16 dystocies dynamiques - dont 8 préruptures
- . 7 utérus fragiles

2 en raison d'une rupture survenue lors d'un accouchement postérieur à la première césarienne

2 en raison de suites fébriles lors de la première césarienne

Dans le 2ème cas, l'intervention mit en évidence une déhiscence sous séreuse d'une cicatrice de première césarienne corporéale faite en dehors du service et dont les suites fébriles avaient duré 25 jours.

= 2 en raison d'antécédent de myomectomie ayant entraîné une hystérotomie.

= 1 en raison de la pratique de 2 curetages dans les suites immédiates de la première césarienne.

La décision opératoire pour ces 176 césariennes secondes est prise :

Avant tout travail	97 fois	
Au tout début du travail	25 fois	
Au cours du travail	54 fois	(sans qu'il s'a- gisse toujours d'une véritable épreuve du tra- vail)

. 2) *Les 92 troisièmes césariennes comprennent :*

- 57 césariennes où l'indication est retrouvée identique au moins au cours d'une des 2 césariennes qui ont précédé

Parmi les indications prédominent encore les viciations pelviennes que l'on retrouve 36 fois.

- 20 césariennes où l'indication a varié
- 15 césariennes où la cicatrice utérine est seule en cause

La décision opératoire pour ces 92 troisièmes césariennes est prise :

Avant tout travail	75 fois
En tout début de travail	13 fois
Au cours du travail	4 fois

. 3) *Les 9 quatrièmes césariennes sont :*

- Toutes décidées avant le début du travail et si la cicatrice utérine peut être considérée comme une indication suffisante
- 4 indications adjointes sont retrouvées qui sont :
 - ... 2 viciations pelviennes
 - ... 2 enfants "précieux".

. 4) *Parmi les quatre cinquièmes césariennes :*

- 3 sont faites avant le début du travail (il y a encore 2 viciations pelviennes)
- Une est faite après épreuve du travail pour anomalie de la dilatation au cours d'une gestation de 7 mois $\frac{1}{4}$

. 5) *La 6ème césarienne*

est décidée avant le début du travail, car, outre la cicatrice et la viciation pelvienne, la présentation du fœtus est transversale.

EN RESUME : Au cours de nos 282 césariennes itératives :

- l'indication est permanente dans 55 % des cas
- l'indication est temporaire dans 36 % des cas
- l'indication relève de la cicatrice utérine dans 10% des cas.

Mais en réalité, en l'absence d'indication associée, la cicatrice utérine serait responsable de 12 % au moins des 282 césariennes itératives.

B) - CICATRICES DE MYOMECTOMIE

=====

On retrouve 10 césariennes sur utérus cicatriciel après myomectomie

soit 1 % des indications

Il s'agit de 5 premières et de 5 secondes césariennes.

1ère observation :

- 3ème pare, 41 ans, à terme. Opération césarienne pour utérus cicatriciel et anomalie de la contraction utérine.

Cette femme avait subi 2 ans auparavant une hystérotomie pour extirper un fibrome sous-muqueux.

2ème et 3ème observations :

- Primipare de 31 ans - a subi l'année précédente une myomectomie pour polype sous-muqueux.
 - . 1ère césarienne pour dystocie dynamique et utérus cicatriciel
 - . 2ème césarienne de principe 2 ans plus tard en raison de la cicatrice.

4ème et 5ème observations :

- Primipare de 30 ans, au terme de 8 mois, avait subi, en raison d'une nécrobiose aseptique au 2ème mois d'une précédente grossesse, une myomectomie. L'ouverture de la cavité utérine avait entraîné l'avortement. Une hystérographie de contrôle faite quelques mois après montra une image fistuloïde de 15 mm de long au niveau de la zone cicatricielle.
 - . 1ère césarienne à 8 mois malgré la disparition des bruits du coeur

foetaux pour dystocie dynamique sur utérus cicatriciel - anasarque foeto placentaire.

- . 2ème césarienne de principe 2 ans après à terme.

6ème et 7ème observations

- Primipare de 28 ans au terme de 8 mois - Myomectomie à 26 ans.
 - . 1ère césarienne à 8 mois pour inservtion basse du placenta hémorragique sur utérus cicatriciel.
 - Enfant prématuré de 2 440 gr. Bien portant.
 - . 2ème césarienne à terme un an après pour insertion basse du placenta récidivante et en raison de la cicatrice.

8ème observation

- 2ème pare, 40 ans, à terme.
- antécédent d'une première césarienne pour fibrome praevia et insertion basse du placenta. Myomectomie associée .
- . Lors de la 2ème grossesse, 2ème césarienne de principe pour utérus cicatriciel et enfant "précieux".

9ème observation

- 2ème pare de 38 ans
- antécédent de stérilité, prolongée 14 ans, puis première grossesse terminée par césarienne et myomectomie associée en raison d'une dystocié dynamique.
- . La deuxième grossesse nécessite une césarienne pour dystocie d'en-gagement et utérus cicatriciel.

10ème observation

- Primipare de 37 ans
- Antécédent de stérilité primaire de 14 ans et de myomectomie d'un fibrome sous-muqueux.
- Cette intervention est suivie d'une grossesse. Césarienne pour procidence du cordon et utérus cicatriciel.

EN CONCLUSION : On constate que la cicatrice de myomectomie intervient de manière directe ou indirecte dans 9 de ces indications :

soit qu'elle fasse décider la césarienne de principe
d'autant qu'il s'agit souvent de femmes âgées
ou d'enfants "précieux",

soit qu'elle agisse par le biais d'une dystocie dynamique.

C) - AUTRES CICATRICES UTERINES

=====

- Rappelons que deux césariennes secondes ont été faites après suture d'une rupture de cicatrice de césarienne antérieure.
- Enfin, 3 césariennes ont été faites après opération de Strassmann.

Il s'agissait de femmes porteuses d'utérus malformés et qui avaient fait 2 ou 3 avortements auparavant.

La cicatrice de l'intervention plastique n'est pas la véritable indication.

La césarienne est en effet décidée :

- . 1 fois pour souffrance foetale et anomalie de la dilatation
- . 1 fois pour souffrance foetale et dystocie d'expulsion.
- . et 1 fois parce qu'il s'agit d'une 3ème césarienne.

Les 3 enfants extraits sont bien portants.

OBSTACLES PRAEVIA

Sont regroupées dans ce chapitre 31 observations (soit 3,1 % des indications) où l'on retrouve un obstacle naturel ou artificiel situé en avant de la présentation et qui entrave sa progression normale au travers de la filière génitale.

.....
A : Nous rappellerons pour mémoire
.....
=====

1 exostose rétro pubienne droite, rencontrée deux fois, étudiée dans le chapitre des viciations pelviennes :

découverte cliniquement au toucher vaginal à la suite de douleurs pelviennes en fin de grossesse et reconnue radiologiquement, elle entraîne :

- une première césarienne, après épreuve de travail, lors de la 1ère grossesse.
- une deuxième césarienne de principe deux ans après.

.....
B : TUMEURS PRAEVIA : nous en comptons 13
.....
- 7 fibromes praevia diagnostiqués en cours de la grossesse
- 3 tumeurs ovariennes praevia
- des adénopathies pelviennes praevia d'origine leucosique
- 2 héli-utérus praevia.

Elles entraînent : 9 césariennes de principe

4 césariennes après épreuve du travail

1) *Fibromes Praevia* : 7

Toutes les malades ont été suivies par nous et l'obstacle dépisté en cours de gestation est l'indication majeure dans tous les cas.

Il est associé une fois à une insertion basse du placenta sans hémorragie grave et dans un autre cas à une souffrance fœtale.

La césarienne est : prophylactique : 5 fois

faite en urgence pour souffrance fœtale associée
1 fois

faite en cours de travail une fois alors que l'enfant est mort.

Voici les cas :

1er CAS : 1ère pare de 40 ans, a subi une myomectomie partielle en début de grossesse. La césarienne prophylactique près du terme est décidée chez cette primipare âgée qui présente un gros fibrome praevia et dont la présentation est transversale.

Hystérotomie corporeale verticale suivie d'une myomectomie de dégagement puis d'une hystérectomie totale. Plaie vésicale de 4 cm. Enfant bien portant : 3 140 g.

2ème CAS : deuxième pare de 35 ans au terme de 8 mois 1/2, en tout début de travail, membranes intactes, césarienne segmentaire transversale prophylactique pour fibrome praevia, suivie de myomectomie (fibrome postérieur du segment inférieur) Pas de stérilisation. Enfant bien portant.

3ème CAS : troisième pare de 36 ans, deux accouchements normaux. Césarienne basse transversale prophylactique à 8 mois 1/2 pour gros fibrome du col praevia, puis extériorisation de l'utérus, myomectomie d'un fibrome de 910 g. implanté sur la partie postérieure de l'isthme. Pas de stérilisation. Enfant bien portant de 2 700 g.

4ème CAS : 38 ans, primipare, césarienne basse transverse prophylactique à 8 mois 1/2 pour fibrome praevia et insertion basse du placenta ; puis myomectomie (fibrome para cervical droit d'un Kg). Suites fébriles. Pas de stérilisation. L'enfant qui présente une omphalocèle importante décède à la 2ème heure.

5ème CAS : 26 ans, primipare, à terme ayant rompu prématurément ses membranes. Fibrome praevia. Césarienne segmentaire transversale

prophylactique. Puis myomectomie double. Le fibrome postérieur, le plus volumineux, est en état de nécrobiose. Enfant de 3 000 g. dont l'état est satisfaisant.

6ème CAS : 33 ans, primipare à terme, en travail, qui a présenté une stérilité primaire de 4 ans et une nécrobiose aseptique d'un fibrome au cours de la présente grossesse. Au toucher vaginal : fibrome praevia très latéral qui ne s'effacera pas. L'apparition d'une souffrance foetale avec altération des bruits du coeur entraîne la césarienne en urgence. Césarienne basse transverse puis myomectomie (fibrome du bord droit de l'utérus en état de nécrobiose). L'enfant extrait présente un aspect de front avec torsion nasale, mais est bien portant.

7ème CAS : 26 ans, primipare, atteinte de néphrite chronique, gestation hypohormonale arrêtée depuis plusieurs jours au terme de 7 mois. Travail commencé depuis 12 heures . Fibrome praevia faisant obstacle. Dilatation de 4 cm. Césarienne basse transverse suivie de myomectomie double. Suites normales. L'enfant mort et macéré pèse 1 100 g.

2) Tumeurs de l'ovaire praevia : 3 Cas

- Primipare de 25 ans à terme : kyste de l'ovaire praevia diagnostiqué au cours de la grossesse. Césarienne basse transverse prophylactique suivie de kystectomie (kyste séreux de la taille d'un pamplemousse inclus dans le ligament large). Suites fébriles? Enfant de 3 600 g. normal.
- 4ème pare de 27 ans à terme. "Fibrome praevia" découvert au cours de la grossesse. Césarienne basse transverse prophylactique. Enfant bien portant de 3 700 g. La tumeur praevia n'est pas un myome utérin car elle est développée aux dépens de l'ovaire qui est retiré. L'examen de la pièce montrera qu'il s'agit d'un fibrome de l'ovaire. Suites fébriles.

- 5ème pare de 42 ans près du terme. Quatre accouchements normaux. Tumeur praevia. Echec de l'épreuve du travail, la tumeur praevia faisant obstacle à la descente. Césarienne basse transverse. Découverte d'un kyste dermoïde de l'ovaire droit. Kystectomie, drainage vaginal. Suites normales. Enfant bien portant de 3 800 g.

3) *Adénopathies pelviennes leucosiques : 1 cas*

- 4ème pare de 26 ans au terme de 8 mois $1/2$, en travail, atteinte de leucose myéloïde, ayant toujours accouché normalement. Tumeur pelvienne perçue au toucher vaginal et qui entraîne un échec de l'épreuve du travail par dystocie d'engagement. Césarienne segmentaire transverse. Extraction d'un enfant bien portant de 3 200 g.

L'exploration du petit bassin confirme le diagnostic évoqué d'adénopathies pelviennes leucosiques. La malade décédera d'ailleurs 3 semaines plus tard par compression médiastinale.

4) *Hémi-utérus praevia : 2 cas*

- Primipare de 27 ans, à terme, présentation du siège. Tumeur praevia pour laquelle on envisage le diagnostic de kyste ovarien ou d'utérus mal formé. La souffrance foetale découverte par électrocardiographie foetale entraîne une césarienne prophylactique basse transverse. Extraction d'un enfant bien portant 3 470 gr.

La grossesse était développée dans un hémi-utérus droit. L'obstacle praevia était constitué par l'hémi-utérus gauche.

- Cette même patiente est à nouveau césarisée deux ans plus tard à 29 ans, lors de sa seconde grossesse pour hémi-utérus praevia et présentation du siège itérative : césarienne itérative basse transverse prophylactique ; extraction d'un enfant bien portant de 3 630g. Cette fois-ci, la grossesse est développée dans l'hémi-

utérus gauche et c'est le droit qui fait obstacle.

Les deux enfants présentent une dysplasie luxante des deux hanches et sont de sexe féminin.

Une hystéroggraphie de contrôle faite à distance de la première césarienne confirme le diagnostic d'utérus bicorné, unicervical et montre une cicatrice normale.

.....
C : OBSTACLES DIVERS
.....

... 1) COLS CICATRICIELS : 4 cas

- une césarienne eut lieu en début de travail chez une primipare de 25 ans à terme, dont le col avait subi une véritable amputation circulaire lors de l'expulsion d'une môle. Enfant bien portant de 3 440 g.

- 3 épreuves de travail se soldèrent pas une anomalie de dilatation :

- . chez une 5ème pare de 27 ans, au terme de 8 mois $1/2$ dont le col s'était sténosé à la suite d'une introduction vaginale de MnO_4K dans un but abortif. Enfant bien portant de 3 200 g.
- . Chez une 5ème pare de 24 ans au terme de 8 mois $1/2$ dont le col avait été blessé lors de l'application de forceps à domicile lors d'un accouchement précédent. Enfant bien portant de 3 125 g.
- . Chez une 3ème pare de 31 ans, au terme de 6 mois $1/2$: col cicatriciel après forceps associé à une présentation de l'épaule : extraction d'un prématuré de 1 580 g. décédé au 4ème jour et ayant présenté une hémorragie cérébro-méningée.

... 2) LÉSIONS VÉSICALE et URETHRALE

1er cas : fistule vésico vaginale

- 3ème pare de 38 ans près du terme : a présenté une lésion vésicale au cours d'une application de forceps 16 ans auparavant. Six interventions successives ont été nécessaires pour traiter la fistule vésico-vaginale qui s'ensuivit ; césarienne itérative prophylactique près du terme pour protéger les résultats de la cure de la fistule.

Incision corporeale qui se trouve complétée par une myomectomie et une stérilisation tubaire. L'enfant extrait pèse 3 600 gr. et est bien portant.

2ème cas : fistule Urethro - vaginale

- 2ème pare de 26 ans au terme de 7 mois $1/2$ en travail, à dilatation complète ; membranes intactes ; antécédent de fistule uréthro-vaginale traitée chirurgicalement ; bride vaginale antérieure.

Césarienne segmentaire transverse en vue de protéger la réfection uréthrale ; extraction d'un enfant de 2 300 g. admis au Centre néo-natal pour détresse respiratoire et prématurité ; développement satisfaisant de cet enfant.

... 3) LÉSIONS VAGINALES

Ce sont :

- une cloison vaginale qui conduit à la césarienne après épreuve du travail.
- et une lésion cicatricielle qui entraîne une césarienne prophylactique.

A) - Cloison vaginale : 1 cas

- 2ème pare de 19 ans à terme ; antécédent de césarienne pour présentation transversale à la première geste. Il existe un doute sur la valeur du bassin. La cloison vaginale médiane coiffe

la présentation et fait opter pour une césarienne itérative segmentaire transversale.

Extraction d'un enfant bien portant de 3 145 g.

B) - Bride vaginale : 1 cas

C'est une séquelle d'application de forceps, chez une 2ème pare de 32 ans, à terme, atteinte d'hypertension. Le premier enfant est mort au cours de l'accouchement. Césarienne prophylactique segmentaire transversale. Extraction d'un enfant bien portant de 3 700 gr.

... 4) LESIONS RECTO PERINEALES : 4 Cas

Ce sont des déchirures périnéales réparées et que l'on veut protéger.

Les 4 césariennes sont prophylactiques, segmentaires, transversales, faites à terme chez :

- une 3ème pare de 31 ans qui porte un enfant en présentation du siège et dont la déchirure compliquée du périnée avait nécessité 2 sutures secondaires en raison de désunions dues à l'infection.
- une 3ème pare de 26 ans qui avait présenté une *fistule recto-vaginale* après application de forceps.
- une 5ème pare de 35 ans qui porte un gros enfant en présentation de siège.
- une 6ème pare de 32 ans qui présente un bassin limite et dont c'est la deuxième césarienne.

Les 4 enfants extraits sont bien portants.

... 5) PROLAPSUS GENITAUX OPERES : 4 cas

4 femmes subissent une césarienne prophylactique près du terme pour protéger le résultat d'une cure de prolapsus, d'autant

que le foetus est de fort volume chez trois parturientes. Il s'agit :

- d'une 11ème pare de 43 ans
- d'une 8ème pare de 37 ans
- d'une 4ème pare de 40 ans
- d'une 3ème pare de 29 ans qui avait présenté un prolapsus du second degré à 26 ans.

qui subissent une césarienne segmentaire transversale et une stérilisation tubaire. Les quatre enfants étaient bien portants et trois pesaient près de 4 200 g.

AU TOTAL : Ce sont 31 obstacles praevia y compris les deux cas d'exostose rétropubienne qui entraînent :

- 22 Césariennes prophylactiques
- 9 césariennes après épreuve du travail

L'obstacle praevia est la raison majeure de la décision opératoire, mais se trouve associé à :

- . une souffrance foetale
- . une insertion basse du placenta
- . deux présentations transversales
- . et quatre gros foetus

qui renforçaient l'indication si besoin était.

15 de ces 31 obstacles sont d'origine cicatricielle dont 14 iatrogènes.

10 tumeurs praevia ont pu être supprimées mais ont laissé 7 fois un utérus cicatriciel.

INDICATIONS

FOETALES

.....

LA SOUFFRANCE FOETALE

La souffrance foetale se trouve mentionnée dans 235 observations, ce qui fait un pourcentage de 23,5%.

WENDL la rencontre dans 28 % des cas

CHIAPPONI la rencontre dans 16 % des cas

Mais il nous faut différencier les observations où la souffrance foetale est l'indication unique ou déterminante des observations où elle n'est qu'une conséquence de l'indication véritable ou bien une cause conjointe.

Ainsi nous retrouvons en n'individualisant pas les présentations du siège des présentations céphaliques normales :

- 62 cas de souffrance foetale isolée
- 58 souffrances associées à une dystocie dynamique
- 115 souffrances associées à au moins une indication majeure autre.

Divers auteurs citent des pourcentages voisins :

MINZ	0,3 %
TETE	1,2 %
CHIES	1,5 %
CHIAPPONI	1,6 %
RAINF	3 %
KRISNA-MENON	4 %
MINZ	4,4 %

1/ - SOUFFRANCE FOETALE ISOLEE : 62 observations

6,2 % des indications opératoires

ETIOLOGIE

La parité - La souffrance foetale apparaît 2 fois plus souvent chez

la multipare : 42 multipares contre 20 primipares.

- . L'âge - L'âge semble influencer moins :
 - 34 femmes ont moins de 30 ans,
 - 28 femmes ont plus de 30 ans.
- . Le terme - La grossesse est à terme 43 fois
 - le terme est dépassé 10 fois
 - l'accouchement a eu lieu au cours du 9ème mois 9 fois
- . L'état des membranes - Elles sont :
 - rompues spontanément 46 fois
 - rompues prématurément 29 fois
 - rompues artificiellement ... 10 fois
 - intactes 6 fois
- . La présentation -
 - Présentation céphalique 44 fois
 - présentation du siège 18 fois
- . Moment d'apparition de la souffrance -
 - 7 fois avant le début du travail
 - 18 fois en début de travail
 - 32 fois en cours d'épreuve du travail avec usage d'ocytociques dans 9 cas
 - 6 observations concernent des déclenchements médicamenteux du travail.

LA CAUSE DE LA SOUFFRANCE FOETALE

n'est pas toujours évidente : on peut retenir :

- un triple circulaire du cordon
- Une listériose congénitale
- 10 post maturités
- 9 accouchements prématurés
- 1 état général maternel peu favorable ou un âge avancé dans 8 cas
- 3 déclenchements médicamenteux du travail pratiqués dans des conditions insuffisantes.

Dans de nombreux cas, aucune explication satisfaisante ne peut être trouvée. Témoin le cas suivant :

4ème pare de 29 ans, bien portante, suivie par nous. Elle a

accouché prématurément 2 fois, puis 1 fois à terme. Une souffrance foetale inexpliquée lors du dernier accouchement avait déjà été mentionnée. Grossesse actuelle normale à terme : l'amnioscopie découvre un liquide teinté. Une amniocentèse est faite pour confirmer la souffrance foetale et un enregistrement du rythme cardiaque. Césarienne avant le début du travail - Enfant sain - Placenta normal.

2/ - *La SOUFFRANCE FOETALE associée à une DYSTOCIE DYNAMIQUE*

=====

.... Elle est retrouvée dans 58 observations

soit 5,8 % des cas.

.... Dans 40 observations, la souffrance foetale et la dystocie fonctionnelle sont seules conjointes.

.... Dans 18 observations, il y a un ou plusieurs autres facteurs associés :

- 11 présentations du siège
- 1 utérus fibromateux
- 7 utérus cicatriciels (6 césariennes
1 opération de Strassmann)

ETIOLOGIE

Elle est différente de celle de la souffrance foetale isolée et se calque sur celle de la dystocie dynamique.

. La parité - La primiparité prédomine :

40 primipares contre 18 multipares.

. L'âge - Ce sont des femmes jeunes :

37 ont moins de 30 ans

21 ont plus de 30 ans

. Le terme -

La grossesse est à terme 46 fois

Le terme est dépassé 5 fois

l'accouchement a lieu au cours du : 9ème mois : 6 fois

8ème mois : 1 fois

L'état des membranes -

```
Elles sont rompues spontanément ..... 33 fois
                                prématurément ..... 15 fois
                                artificiellement ... 22 fois
                                intactes ..... 3 fois
```

• La présentation -

On dénombre 47 présentations céphaliques
11 présentations du siège

• Moment d'apparition de la souffrance -

- au début du travail 10 fois
- en cours de travail 48 fois (dont 2 au cours d'une tentative de déclenchement médicamenteux).

- Le type de dystocie dynamique associée

- est une anomalie : de la contraction utérine 16 fois
- : de la dilatation 20 fois
- : mixte (contraction et dilata-
tion) 22 fois

LA CAUSE de la SOUFFRANCE FOETALE

Elle est bien moins évidente que dans le premier groupe étudié.

On retrouve :

- 2 doubles circulaires du cordon - l'un serré, mortel
- l'autre accompagné d'un noeud funiculaire.

On peut encore évoquer : 5 dépassements du terme.

Et ainsi, dans 51 cas, on est conduit à invoquer le rôle néfaste de la dystocie dynamique qui peut jouer par la longueur du travail qu'elle entraîne.

3/ - La SOUFFRANCE FOETALE dans les 115 autres cas n'est qu'une INDICATION ASSOCIEE.

Elle paraît plus souvent déterminer l'heure de l'intervention qu'entraîner le choix de la voie haute.

Les indications associées sont :

- 83 disproportions foetales pelviennes
- 21 présentations anormales non compris les sièges :
 - . 13 présentations mal fléchies
 - . 4 présentations en occipito postérieure
 - . 4 présentations transversales
- 9 présentations du siège associées à une troisième indication autre qu'une dystocie dynamique :
 - 4 insertions basses du placenta
 - 3 hématomes retro-placentaires
- 12 procidences du cordon
- 3 obstacles praevia
- 5 maladies maternelles

En outre, le terme était dépassé 5 fois,
les membranes étaient rompues prématurément
dans 13 cas.
Il était fait usage d'ocytociques : 13 fois.

PROCIDENCE du CORDON

38 opérées dans notre série, soit environ 55,5 % des procidences totales. La procidence est l'indication unique ou principale dans 30 cas seulement, ce qui représente une fréquence de 3 % dans nos indications.

Les publications récentes donnent les chiffres suivants :

BRYANT	1,6 %
De COSTA	2 %
JONES	2,7 %
RACINET	2,7 %
CHIAPPONI	2,77 %
GERNEZ	3,7 %
JENSEN	4,6 %

Les opérées représentent 34 multipares

4 primipares

- 24 sont à terme
- 7 dans le 9ème mois
- 4 dans le 8ème mois
- 3 dans le 7ème mois

Le moment de l'intervention :

Celle-ci a toujours lieu en urgence : le plus souvent avant tout travail ou à son début, 4 fois seulement en fin de travail comme nous allons le voir.

L'ETAT des MEMBRANES LORS de l'INTERVENTION

Elles sont rompues = 37 fois

intactes = 1 fois

= Dans ce dernier cas, l'examen découvre en début de travail, un procubitus du cordon, qui est perçu, battant, en avant de la présentation. La poche des eaux est respectée et l'intervention immédiate d'autant qu'il existe une insertion basse du placenta associée.

= Dans 37 cas, où les membranes sont rompues :

La rupture a précédé l'hospitalisation 25 fois

et était prématurée dans 12 cas.

Une rupture date de 15 jours

une " " de 8 jours

une " " de 4 jours

une " " de 3 jours

La rupture est survenue dans le service 12 fois

- spontanément 6 fois (dont 2 prématurées)

- artificiellement . 6 fois :

. 1 fois accidentellement au cours d'une amnioscopie pour dépassement du terme

. 1 fois en début de travail pour insertion basse du placenta associée : l'examen qui suit découvre une latérocidence intra-segmentaire du cordon qui entraîne l'intervention.

. 4 fois en fin de travail :

.. lors de 2 accouchements prématurés

.. lors de 2 grossesses à terme, à dilatation complète

La prématurité et la dilatation incomplète dans les deux premiers cas,

la souffrance foetale et un antécédent de césarienne dans les deux derniers cas ont conduit à la césarienne.

ROLE de la PROCIDENCE dans l'INDICATION OPERATOIRE

Il est capital dans 36 cas.

Dans deux cas, il est nul : les enfants sont morts et la césarienne est faite dans l'intérêt de la mère :

- pour insertion placentaire basse avec état de choc et présentation transversale, au cours d'une gestation de 7 mois, dans le 1er cas
- pour état de prérupture utérine avec présentation de l'épaule au cours d'une gestation de 8 mois $1/4$, dans le 2ème cas.

Parmi les 36 procidences avec enfant vivant :

- 11 fois la procidence est l'indication unique,
- = 25 fois d'autres indications sont associées . Ce sont :
 - . 10 présentations transversales ayant sans doute favorisé la procidence
 - . 3 présentations du siège
 - . 1 présentation de la face
 - . 1 gros foetus
 - . 12 souffrances fœtales en rapport avec la procidence
 - . 3 antécédents de césariennes
 - . 2 viciations pelviennes
 - . 1 grossesse à risque élevé chez une hypertendue. Dans ce cas, la césarienne était déjà décidée et la procidence n'a fait que précipiter l'intervention.

.....
 : IMMUNISATION FOETO MATERNELLE :
 :
 :

Nous trouvons 11 cas dans notre série où la grossesse a été interrompue par césarienne pour IMMUNISATION FOETO MATERNELLE, soit environ 5 % des immunisations que nous avons vues.

L'interruption est pratiquée avant que le processus hémolytique ne soit trop intense.

La césarienne est décidée, en général, parce qu'il existe une indication associée à l'immunisation ou après échec du déclenchement artificiel de l'accouchement.

La FREQUENCE de cette indication est en diminution :

- parce que l'étude spectrophotométrique du liquide amniotique et le dosage de la bilirubine apportent des arguments biologiques infiniment plus précis que le dosage des agglutinines et permettent ainsi d'éviter certaines interruptions de grossesses (ainsi un de nos cas anciens n'aurait pas été opéré actuellement).
- D'autre part, la pratique de plus en plus systématique de la séroprophylaxie anti D lors des accouchements et des avortements doit faire diminuer, sinon disparaître dans l'avenir, le nombre des iso-immunisations.

La DATE de l'interruption de la gestation est variable et dictée par la gravité de l'atteinte

A - A la 33ème semaine : chez une 7ème pare de 33 ans déjà césarisée 1 fois : une transfusion foetale in utero réussie, puis l'échec de 2 nouvelles tentatives et la rupture prématurée des membranes font opter pour une césarienne itérative. Extraction d'un enfant prématuré de 1 810 g., Apgar à 3, qui crie après 1 minute.

Etat très satisfaisant à un an après 10 exsanguino-transfusions et malgré une ascension transitoire de la bilirubinémie à 250 mg^o/100, à la 47 ème heure.

B - A la 34ème semaine : chez une 3ème pare de 23 ans (immunisation post transfusionnelle en Outre-mer).

Après 2 transfusions foetales in utero, la rupture prématurée des membranes fait opter pour la césarienne. Extraction d'un prématuré de 2 350 g en état de pré-anarsaque et qui crie immédiatement. Evolution satisfaisante après deux exsanguino-transfusions.

C - A la 35ème semaine : 5ème pare de 31 ans. Atteinte grave. Tentative infructueuse de transfusion in utero. La rupture prématurée des membranes et la mauvaise accommodation foeto-maternelle font opter pour la voie haute. Extraction d'un grand prématuré de 1 200 g., en état d'anasarque et qui décède 36 heures après la naissance.

D - A la 37ème heure : 4 cas :

. 1er cas est une immunisation anti B de gravité moyenne chez une 5ème pare de 38 ans.

Césarienne pour hémorragie génitale, souffrance foetale associées et rupture prématurée des membranes.

Découverte per opératoire d'une insertion placentaire marginale. Enfant de 2 720 g. exsanguiné au 2ème jour. Bonne évolution pour la mère et l'enfant.

. 2ème cas :

2ème pare de 27 ans. Iso-immunisation post-transfusionnelle.

Agglutinines élevées. 1er enfant mort in utero. Césarienne en raison des antécédents. Enfant bien portant de 2 600 NON atteint. (Rhésus négatif).

Avec les moyens actuels de surveillance, cette césarienne n'aurait pas été pratiquée.

. 3ème cas :

3ème pare de 30 ans. Présentation du siège. Césarienne basse.

Extraction d'un enfant de 2 750 g. qui crie immédiatement. Etat d'anasarque prononcé avec hépato splénomégalie. Anémie à 720 000 hématies (mm³). Décès 1/2 heure après la naissance au cours de l'exsanguino-transfusion.

• 4ème cas

4ème pare de 36 ans, rupture prématurée des membranes après amniocentèse depuis 16 jours.

Intervention pour présentation transversale.

Enfant de 1 740 g. criant immédiatement. Bonne évolution après deux exsanguino-transfusions.

E - A la 37ème semaine : 3 cas

• 1er cas

6ème pare de 31 ans, échec du déclenchement instrumental du travail par ballon de Boissard.

Intervention - extraction d'un enfant de 3 560 g. criant aussitôt. Evolution normale après 2 exsanguino-transfusions.

• 2ème cas

9ème pare - 38 ans. Atteinte sérieuse (zone intermédiaire de LILEY). Extraction par césarienne d'un enfant hypotrophique de 2 700 g. qui crie aussitôt. 2 exsanguino-transfusions. Bonne évolution.

• 3ème cas

10ème pare de 38 ans.

Atteinte très sérieuse (zone supérieure de LILEY). Echec du déclenchement médicamenteux.

Extraction par césarienne d'un enfant de 2 960 g. qui crie aussitôt - Apgar à 10.

Bonne évolution après exsanguino-transfusion.

F - A la 41ème semaine : 1 cas.

4ème pare de 27 ans - Césarienne itérative pour viciation pelvienne associée, après échec de l'épreuve de travail.

Extraction d'un enfant de 3 560 g. qui crie aussitôt. Bonne évolution après une exsanguino-transfusion.

Ainsi, 11 immunisations ont nécessité une opération césarienne décidée généralement pour une cause associée ou après échec du déclenchement artificiel du travail.

- 10 de ces iso immunisations étaient anti-rhésus et 2 étaient survenues après transfusions sanguines.
- 1 de ces immunisations était anti B.
- Dans 2 cas, la mise en oeuvre de transfusions foetales in utéro avait permis de retarder la date de l'intervention et d'atteindre la 32ème et 33ème semaines.

Avant de terminer, signalons une iso immunisation découverte après césarienne itérative à 7 mois $1/2$, pour rupture prématurée de membranes, viciation pelvienne et présentation du siège chez une femme non surveillée dans le Service.

Enfant de 1 940 g. Evolution satisfaisante après exsanguino-transfusion.

.....
 : ENFANT " PRECIEUX " :
 ::

Cette indication est relevée dans 70 observations soit 7 % des cas.

Nous n'avons pas repris dans ce groupe les observations de diabétiques et les immunisations étudiées par ailleurs.

Par contre, nous avons rapproché de ce groupe 14 grossesses survenues chez des femmes présentant une insuffisance hormonale ou une anomalie anatomique susceptibles de compromettre le pronostic foetal de la gestation.

Les causes qui rendent l'enfant précieux nous sont fournies par l'étude des antécédents maternels :

. L'âge : 17 femmes ont moins de 30 ans
 30 ont entre 30 et 35 ans
 23 ont 35 ans et plus

. La parité : Ce sont
 26 primipares
 44 multipares
 20 primipares ont plus de 30 ans.

Cette primarité âgée est expliquée par 17 antécédents de stérilité primaire prolongée. L'une de celles-ci a été traitée par salpingoplastie.

L'étude des antécédents révèle encore la survenue de 32 avortements ayant précédé la grossesse actuelle de 62 morts foetales périnatales chez les 44 multipares.

Ce sont :

20 morts in utero en dehors du travail

16 morts de traumatisme obstétrical :

- . 5 au cours d'un travail long
- . 6 après application de forceps
- . 1 après grande extraction de siège
- . 4 après césarienne décidée au cours d'un travail prolongé.

8 morts de prématurité

3 morts de souffrance foetale dans les heures qui ont suivi la naissance

5 morts de cause inconnue.

Place de l'enfant "précieux" dans l'indication opératoire :

=====

Dans 8 observations : l'enfant précieux est seul à l'origine de la décision opératoire. Toutefois dans 4 cas, les membranes sont rompues. L'intervention est décidée de principe 6 fois et 1 fois après échec du déclenchement médicamenteux.

Dans 62 observations : Le caractère précieux de l'enfant joue un rôle encore important mais on retrouve 88 indications conjointes ; il y a :

- 1 indication associée 39 fois
- 2 indications associées ... 20 fois
- 3 indications associées ... 3 fois

Par ordre de fréquence décroissante ce sont :

- 27 utérus cicatriciels du fait de :
 - . 17 premières césariennes
 - . 7 secondes "
 - . 1 troisième "
 - . 1 opération de Strassmann
 - . 1 myomectomie
- 12 souffrances foetales

- 11 dystocies dynamiques
- 9 dépassements du terme
- 9 présentations anormales : 8 sièges
: 1 Bregma
- 6 viciations pelviennes limites
- 6 gros enfants
- 6 états pathologiques maternels
 - . 3 toxémies hypertensives
 - . 2 hypertensions artérielles
 - . 1 état infectieux qui se révélera être une listériose.
- 1 décollement placentaire mineur
- 1 cicatrice périnéale.

Nous avons rapproché des indications pour enfants "précieux" , 14 grossesses d'une importance particulière qui ont fait opter pour la voie haute.

Ce sont des grossesses qui surviennent le plus souvent après la répétition d'avortements ou d'accouchements prématurés :

Les investigations entreprises à la suite de ces accidents ont permis dans les cas envisagés ici de mettre en évidence :

- Tantôt un déficit hormonal
- Tantôt une malformation utérine
- Tantôt une béance cervicoisthmique.

- Les grossesses hypohormonales : 11 cas

La césarienne a lieu 9 fois sur 11 au voisinage de la 38ème ou 39ème semaine et est faite avant travail 9 fois également.

Le déficit hormonal est :

Mixte	7 fois
Oestrogénique	3 fois
Lutéal	1 fois

Il est dépisté précocement au cours de la grossesse 8 fois et entraîne la prescription d'un traitement substitutif

Il est tardif dans 3 observations

Dans une observations, on relève un excès d'androgènes.

Parmi ces 11 patientes, 3 cerclages du col ont été pratiqués au 4ème ou 5ème mois.

Il faut signaler qu'une de ces patientes, à la suite de 3 échecs, a mené 2 grossesses à terme après cerclage et avec traitement hormonal. Ayant débuté récemment une nouvelle grossesse, elle refuse un nouveau cerclage et fait un accouchement prématuré à 6 mois $1/2$.

Un certain nombre d'indications sont associées dans 6 observations sur 11 :

- 4 notions de terrain vasculaire
- 3 secondes césariennes
- 2 dystocies dynamiques
- 2 présentations du siège

- Grossesses avec béance cervico isthmique = 4 cas

- .. 3 béances associées à un déficit hormonal viennent d'être citées.
- .. La 4ème représente une 4ème pare de 29 ans qui a mené 3 grossesses à terme grâce au cerclage cervical, après 2 avortements et un accouchement prématuré suivi de mort foetale.

Cette femme subit une césarienne à l'occasion de ces 3 grossesses, les 2 premières s'étant présentées en siège.

- Grossesses avec malformation utérine = 2 cas

Ce sont 2 utérus bicornes et unicervicaux.

1er CAS :

- . primipare de 25 ans au terme de 8 mois $1/2$
- . antécédents de 2 avortements
- . Hypodéveloppement utérin léger
- . Césarienne : extraction d'un prématuré de 2 450 g. - excellent état à 3 mois $1/2$ - suites maternelles simples.

2ème CAS :

- . Primipare de 25 ans à terme
- . antécédents de 2 avortements précoces
- . une biopsie d'endomètre antérieure à la gestation a révélé une insuffisance lutéale.

Césarienne d'emblée. Extraction d'un enfant bien portant de 3 880 g..

Suites maternelles simples.

Cette patiente a refait depuis un nouvel avortement de 2 mois $1/2$.

Le pronostic maternel :

il est favorable dans tous les cas.

.....
 : GROSSESSES PROLONGEES :
 ::

Nous avons noté au début de ce travail qu'un terme dépassé de 10 jours ou plus avait été relevé dans 65 observations, soit une fréquence de 6,5 % des cas.

En 1970 RACINET rapporte une fréquence de 3,68 % de grossesses prolongées

En 1969 CHIAPPONI " " " 5,11 % " "

Celui-ci dans son étude note que la post-maturité n'intervient comme indication majeure que dans 2,19 % des cas.

Dans notre série, la post-maturité souvent difficile à affirmer est retrouvée comme indication isolée dans 12 observations seulement.

Ce sont : 7 primipares
 1 seconde pare
 2 troisièmes pares
 2 quatrièmes pares

Dans 5 observations, l'indication opératoire a été portée après échec de 5 tentatives de déclenchement médicamenteux du travail,

associées 1 fois à la pose d'un ballon de Boissard

et 1 fois à la mise en place d'une sonde de Krauss

Dans 1 observation, l'intervention est décidée pour non déclenchement du travail après rupture accidentelle des membranes au cours d'une amnioscopie.

Le dépassement du terme est encore l'indication princeps au cours de 5 secondes césariennes : 4 fois de principe

: 1 fois après rupture accidentelle
 per amnioscopique des membranes

Dans ces 17 cas, le dépassement du terme est voisin de:

10 jours ... 2 fois
15 jours ... 9 fois
20 jours ... 5 fois
15 jours ... 1 fois

Rappelons que le dépassement du terme est indication associé au cours de :

- 20 souffrances foetales dans la genèse desquelles il a pu participer.
- 12 dystocies dynamiques
- 11 présentations du siège
- 5 dysgravidies.

pour ne citer que les associations les plus fréquentes.

INDICATIONS

MATERNELLES

DIVERSES

Nous avons regroupé dans ce chapitre : 15 indications opératoires portées en raison de l'état maternel. Ce sont :

- 4 cardiopathies
- 1 insuffisance respiratoire chronique, séquelle de paralysie infantile
- 1 état d'agitation aiguë
- 1 polyarthrite rhumatoïde
- 1 colique néphrétique avec crises subintrantes
- 1 cancer du sein évolutif
- 2 occlusions intestinales
- 1 éventration avec antécédents hémorragiques
- 2 contusions de l'abdomen en fin de grossesse
- 1 état de choc attribué à tort à une rupture utérine

dont les observations sont résumées ci-dessous.

CARDIOPATHIES = 4 cas

=====

La première est une cardiopathie grave

Primipare de 21 ans, au terme de 8 mois $1/2$. Maladie mitrale et insuffisance aortique secondaires à un rhumatisme articulaire aigu contracté à 12 ans.

Grossesse mal tolérée avec oedème subaigu du poumon.

Grefe oslérienne surajoutée en fin de grossesse.

Interruption par césarienne à 8 mois $1/2$. Extraction d'un enfant bien portant de 2 650 g., Apgar à 10.

Stérilisation tubaire.

Suites maternelles immédiates subfébriles, mais néanmoins favorables sous antibiothérapie massive, tonicardiaques et diurétiques.

Les 3 autres cas représentent :

- . une insuffisance mitrale assez bien tolérée, chez une seconde pare de 37 ans.

Césarienne itérative à 8 mois pour cardiopathie, viciation pelvienne et présentation transversale.

Enfant bien portant de 1 420 g.

- . Une insuffisance ventriculaire gauche d'origine hypertensive chez une 10ème pare de 40 ans, fatiguée, dont les membranes se sont rompues spontanément à 8 mois.

Césarienne immédiate pour cardiopathie, présentation transversale et souffrance foetale.

Extraction d'un prématuré de 2 050 g. qui se développe normalement.

Stérilisation tubaire.

SUITES maternelles simples.

- . Une coarctation aortique, inopérable en raison de l'athérome surajouté ; avec hypertension artérielle, chez une 4ème pare de 37 ans à terme. Indications de césarienne prophylactique et de stérilisation tubaire. Extraction d'un enfant de 3 070 g., Apgar à 10. Suites maternelles simples.

INSUFFISANCE RESPIRATOIRE CHRONIQUE - SEQUELLE DE PARALYSIE
INFANTILE : 1 cas

=====

1ère Pare de 26 ans à terme qui présente des déformations : thoraciques, rachidiennes et pelviennes (bassin limite asymétrique déjà étudié).

Césarienne après échec d'une courte épreuve du travail.
Extraction d'un enfant de 3 680 g., Apgar à 9 -
Bien portant.

Suites maternelles simples après un bref séjour en service de réanimation en vue d'une éventuelle assistance respiratoire.

TRoubles PSYCHIQUES (*Agitation aiguë*) (1 cas)

=====

2ème pare de 32 ans au terme de 8 mois 1/2.

1 antécédent de césarienne pour souffrance foetale.

Agitation anxieuse, extrême, incoercible.

Césarienne itérative d'emblée.

Extraction d'un enfant de 3 350 g. bien portant.

Pas de stérilisation tubaire. Suites maternelles
simples.

"
POLYARTHRITE RHUMATOÏDE = 1 cas
=====

4ème pare de 30 ans, au terme de 8 mois.

Polyarthrite traitée depuis 5 ans par corticothérapie
et cependant très invalidante (ankylose de plusieurs articulations).

Rupture prématurée des membranes.

Césarienne de principe - extraction d'un enfant de
2 620 gr. en état de mort apparente, mais évoluant bien après réanima-
tion.

Stérilisation tubaire et ovariectomie droite (Tumeur
végétante de l'ovaire encapsulée).

Les suites maternelles sont marquées par une phlébite
du membre inférieur gauche survenue sous corticothérapie.

COLIQUES NEPHRETIQUES SUBINTRANTES = 1 cas

=====

2ème pare de 34 ans au terme de 7 mois 1/2.

Coliques néphrétiques rebelles au traitement médical.
Echec du cathétérisme urétéral.

Césarienne à la demande de l'urologue.

Extraction d'un prématuré de 2 450 g. en excellent
état à 3 mois 1/2.

Suites opératoires maternelles marquées par une détresse
respiratoire avec cyanose, non expliquées par une régurgitation.

Silence auscultatoire dans le champ pulmonaire gauche.
Tachycardie sinusale à l'électrocardiogramme.

Décès le soir même.

L'autopsie révèle des malformations pulmonaires et
hépatiques.

CANCER DU SEIN et GROSSESSE = 1 cas
=====

7ème pare de 38 ans, au terme de 8 mois $1/2$.

Interruption de la grossesse près du terme pour cancer du sein gauche évolutif au stade III, déjà copalthérapie pendant la gestation.

Césarienne corporéale, suivie d'hystérectomie totale et d'ovariectomie.

Extraction d'un enfant de 3 220 g., Apgar à 10, qui crie de suite.

Suites maternelles immédiates simples, mais décès de la patiente quelques semaines plus tard du fait de son cancer.

OCCCLUSION INTESTINALE = 2 cas

=====

1er cas :

3ème pare de 40 ans, au terme de 8 mois 1/2, atteinte de cyclothymie. Occlusion intestinale avec vomito negro induite par la grossesse et par un traitement neuroleptique par la chlorpromazine.

Interruption de la grossesse par césarienne :
Extraction d'un enfant de 3 500 g. , Apgar à 10, qui se développe normalement.

L'exploration abdominale soigneuse ne révèle qu'une distension et qu'une congestion coliques.

Reprise transitoire du transit, puis syndrome hémorragique avec hématomèse et melaena.

Décès au 12ème jour des suites , dans un tableau d'hémorragies intestinales.

2ème cas :

Primipare de 30 ans, au terme de 7 mois 1/2.

Angine à staphylocoque et syndrome douloureux abdominal et fébrile avec état occlusif. Poussée d'hydramnios.

Laparotomie : Péritonite.

Prélèvement du pus - toilette péritonéale.

Césarienne : extraction d'un prématuré de 1 750 g. réanimé, mais qui évolue bien par la suite.

Exploration abdominale : aucune lésion organique, vidange du grêle dilaté - les cultures du liquide péritonéal restent stériles.

Suites normales avec reprise du transit au 4ème jour.

EVENTRATION et ANTECEDENTS HEMORRAGIQUES

=====

per et post opératoires au cours d'une césarienne antérieure = 1 cas

3ème pare de 30 ans, à terme.

Césarienne itérative de principe près du terme : segment inférieur très sclérosé.

Extraction d'un enfant de 3 630 g. qui crie de suite.

Stérilisation tubaire -- Suites maternelles normales.

CONTUSIONS de l' ABDOMEN en FIN de GROSSESSE : 2 cas
 =====

1er cas :

5ème pare de 43 ans, au terme de 8 mois.

adressée 24 heures après avoir reçu un coup de pied de cheval au niveau de l'abdomen.

Pas de bruits du coeur foetal . La hauteur utérine croissante et une anémie qui s'aggrave font évoquer une hémorragie retro placentaire traumatique.

En l'absence de travail : césarienne 48 heures après l'accident.

Extraction d'un enfant mort.

Attrition musculaire importante de l'utérus qui est infarci.

Hystérectomie subtotale avec conservation annexielle.
 Suites maternelles simples.

L'examen anatomique révèle une rupture presque complète de la paroi postérieure de l'utérus, sans doute en rapport avec une projection de celui-ci sur la colonne lombaire.

2ème cas :

2ème pare de 25 ans au terme de 8 mois.

1 antécédent de césarienne pour dystocie dynamique.

Contusion abdominale 3 jours plus tôt.

Césarienne itérative pour décollement partiel du placenta.

Extraction d'un enfant bien portant de 2 520 g. qui présentera une hémorragie intestinale de pronostic favorable.

Suites maternelles simples.

ETAT de CHOC = 1 cas

=====

37 ans, 6ème pare à 8 mois 1/2.

Choc brutal en cours de travail. Suspicion de rupture utérine, disparition des bruits du coeur foetal. L'intervention découvre 3 litres de sang dans le péritoine. Extraction par césarienne segmentaire d'un enfant mort de 3 460 g.

Utérus sain, mais déchirure large du feuillet postérieur du ligament large gauche. Hystérectomie subtotalé pour difficultés d'hémostase au niveau de la commissure gauche de l'incision et en raison d'un sang incoagulable par coagulopathie de consommation associée.

Enfin, pour être complet, il faut mentionner une tuberculose grave évolutive. Son rôle en tant qu'indication ne semble pas avoir joué car la voie haute était nécessitée, en fait, par une présentation de l'épaule compliquée d'une rupture prématurée des membranes. Une indication de césarienne mutilatrice fut portée.

A l'issue de ce chapitre, il faut remarquer que si l'indication opératoire a été portée en vue du pronostic maternel, plusieurs facteurs sont bien souvent intervenus. Ceci est manifeste dans au moins cinq des observations rapportées ici comme nous avons pu le voir ci-dessus.

INDICATIONS POSEES dans l'INTERET
de la MERE et de l'ENFANT

.....
 : INSERTIONS BASSES du PLACENTA :
 :
 :

93 ont été opérées sur 177 répertoriées pendant la même période. Ainsi, 52,5 % des insertions placentaires basses sont césariées.

= L'Indication opératoire n'est portée que dans 89 observations : car la découverte de l'insertion basse a été faite, 4 fois, seulement au cours de l'intervention :

- . 1 fois, au cours d'une 3ème césarienne pour gros fœtus
- . 1 fois, lors d'une grossesse gémellaire, avec présentation du front du 1er jumeau, accompagnée d'hémorragie modérée.
- . 1 fois pour hémorragie notable ne faisant pas sa preuve. L'éventualité d'un décollement placentaire ou d'une insertion placentaire basse était évoquée sans argument décisif.
- . 1 fois lors d'un état de collapsus grave en début de travail. L'enfant était mort et il existait une insertion basse du placenta et une apoplexie utéro-placentaire ; une anurie prolongée vint compliquer les suites.

Ainsi, l'indication opératoire pour insertion basse du placenta représente 9 % de nos indications.

Ce chiffre nous place dans la moyenne des pourcentages habituels qui varient selon les auteurs de 4,8 % à 20 %.

En France, retenons :

Clinique Obstétricale de Clermont-Ferrand.....	6,28 %
Clinique obstétricale de Lyon	10 %
GERNEZ à Lille	10,26 %
CHOSSON - Clinique Obstétricale - Marseille	11,5 %
Clinique obstétricale de Grenoble	13,5 %
RICHON et SIMONIN - Nancy	16,8 %
Clinique gynécologique de Strasbourg	17,8 %

= LE TERRAIN

Les femmes chez qui l'on retrouve cette indication sont le plus souvent des multipares assez âgées

- On retrouve 14 primipares
pour 79 multipares et parmi celles-ci 37 ont eu
4 enfants ou plus,
- 76 ont plus de 25 ans et 17 seulement moins de 25 ans.

SUR LE PLAN ETIOLOGIQUE on relève dans 30 observations la notion d'utérus cicatriciel ou pathologique :

- . 4 sont fibromateux
- . 26 sont cicatriciels en raison de 2 myomectomies
8 césariennes
16 curetages dont 2 pratiqués
en suites de couches

= LE TERME et le MOMENT de l'INTERVENTION

La grossesse est souvent interrompue prématurément

comme le montre le tableau suivant qui donne le nombre de cas retrouvés en fonction du terme atteint :

6 mois $\frac{1}{2}$	7 mois	7 mois $\frac{1}{2}$	8 mois	8 mois $\frac{1}{2}$	9 mois
3	9	7	26	26	22

Pour les 89 cas où l'insertion basse représente l'indication majeure, sinon unique :

l'intervention a lieu 68 fois en urgence

elle est prophylactique 21 fois

En effet, 33 fois des hémorragies plus ou moins importantes se sont produites au cours de la grossesse, pouvant entraîner l'hospitalisation et faire suspecter très tôt le diagnostic. 3 malades avaient d'ailleurs subi un cerclage du col en cours de gestation.

= L'ETAT des MEMBRANES

Les membranes sont rompues 13 fois : 9 fois prématurément

Les membranes sont intactes 68 fois et vont être rompues artificiellement 11 fois

4 fois la tentative échoue.

L'hémorragie au moment de l'intervention est variable

C'est elle le plus souvent qui entraîne la décision puisque 68 fois l'intervention a lieu en urgence :

- 18 fois l'hémorragie est grave entraînant un état de choc sévère qui
nécessite une réanimation intensive
afin de permettre l'induction anesthésique,
- 48 fois l'hémorragie est encore abondante, mais moins alarmante ;
.....
elle nécessite cependant
une réanimation énergique
pour prévenir la décompensation.
- 21 fois, l'hémorragie est peu sévère.
.....
- 4 fois elle est absente.
.....

= L'INSERTION VICIEUSE DU PLACENTA qui est responsable de ces hémorra-

gies est notée : recouvrante dans 37 observations
marginale dans 24 observations.
Elle n'est pas précisée dans les autres cas.

= L'INDICATION de la CESARIENNE

Elle est portée dans les 89 cas de placenta praevia
reconnus avant la césarienne.

- 12 fois en vue du pronostic MATERNEL

- isolé ou considéré en
premier lieu. Ainsi
dans : .. 2 observations où l'enfant est mort avant l'intervention
.. 1 observation où le placenta est en voie d'expulsion
par un col entr'ouvert
.. 2 cas de collapsus gravissime
.. 7 observations où le terme atteint ne dépasse pas 7 mois.

- 4 fois en vue du pronostic FOETAL

car il existe une indication associée majeure :

- | | |
|-------------------------|--|
| | { 1 procidence vraie |
| 3 procidences du cordon | { 1 procubitus du cordon, perçu en avant
de la présentation dans la poche des
eaux intacte |
| | |

- .. 1 jumeau mort faisant obstacle au second jumeau au niveau du
détroit supérieur.

- 73 fois en vue du pronostic MATERNEL et FOETAL ASSOCIES

- . 49 fois l'insertion basse représente l'indication majeure et
unique
. 17 fois une indication est associée
. 7 fois deux indications sont associées.

Ces 31 indications associées, qui sont d'importance
inégaie se répartissent ainsi :

- 3 souffrances foetales
- 8 gros foetus
- 3 présentations du siège
- 1 présentation transversale
- 2 viciations pelviennes
- 10 utérus cicatriciels à la suite de : 2 myomectomies
 - : 6 premières césariennes
 - : 2 premières césariennes itératives
- 1 utérus myomateux
- 1 fibrome praevia
- 1 hématome rétroplacentaire
- 1 dystocie dynamique.

INTERVENTION

est rendue plus difficile par l'état de choc fréquent qu'il faut combattre activement.

- L'incision utérine est autant que possible segmentaire transversale mais du fait de la prématurité fréquente qui n'a pas permis la constitution d'un bon segment inférieur, elle est plusieurs fois segmento corporéale ; une fois elle est même corporéale transversale par absence de tout segment inférieur. L'incision basse présente un inconvénient : elle oblige souvent à contourner, voire à traverser le placenta pour atteindre le foetus (Il nous faut rappeler à ce propos que tirant argument de l'insuffisance de développement du segment inférieur et de sa fragilisation par l'implantation placentaire basse, certains auteurs - tels ceux des Ecoles de Nancy et de Grenoble - préconisent la césarienne corporéale ou au moins segmento corporéale dans les insertions basses placentaires).

Le décollement placentaire est souvent malaisé :

- .. Le clivage est noté comme difficile deux fois
- .. Le placenta est partiellement accreta deux fois et des points d'hémostase sont nécessaires, au niveau de la surface d'insertion placentaire, dans ces deux observations : une ligature des trompes est faite afin d'éviter toute nouvelle grossesse.
- .. Un placenta accreta nécessite une hystérectomie totale à visée hémostatique chez une cinquième pare de 37 ans.

D I A B E T E

La notion de diabète apparaît dans 14 de nos indications opératoires et 1 fois celle de prédiabète. La patiente dont il s'agit a accouché 3 fois d'un enfant de plus de 4 000 g. et a des ascendants diabétiques

La césarienne a pour but d'interrompre la gestation prématurée. Elle permet en effet le grand risque de mort in utero des fœtus des diabétiques.

La césarienne permet aussi d'éviter le traumatisme de l'accouchement, à cet être très fragile qu'est l'enfant de diabétique.

La gravité du diabète

Elle est attestée par :

- la tendance acido-cétosique de 4 d'entre eux avec des antécédents de coma chez 3 malades
- les antécédents de mort in utero retrouvés chez 8 de nos malades.

La date de l'intervention

- 1 fois à la 33ème semaine à la suite d'une rupture prématurée des membranes chez une femme déjà césarisée
2 fois
- 2 fois à la 36ème semaine
- 2 fois à la 37ème "
- 3 fois à la 39ème "
- 1 fois à la 40ème "
- 4 fois à terme
- 1 fois le terme est dépassé (prédiabète)

Le moment de l'intervention

La césarienne a lieu :

- 13 fois sur 15 avant travail
- 1 fois en début de travail
- 1 fois après échec du déclenchement médicamenteux du travail (prédiabète)

La place du diabète dans l'indication

- Le diabète est 13 fois directement à l'origine de l'indication opératoire mais s'y associent cependant dans 7 observations des indications complémentaires qui sont :
 - .. 4 gros fœtus
 - .. 1 enfant "précieux" (grossesse survenue après 4 avortements)
 - .. 5 antécédents de césarienne
 - .. 1 hydramnios subaigu contemporain d'un coma acido cétosique survenu 48 heures plus tôt.
- Les deux autres cas concernent :
 - .. une 3ème pare de 28 ans à terme, hypertendue et obèse dont le diabète était bien équilibré. Une souffrance foetale en cours de travail associée à une dystocie d'engagement et à un antécédent de césarienne ont conduit à la voie haute
 - .. Une 4ème pare de 32 ans, prédiabétique, au terme dépassé de 10 jours, l'échec du déclenchement médicamenteux imposa la césarienne

Au total, la césarienne a permis d'obtenir dans tous les cas un enfant bien portant et ceci notamment chez 8 femmes qui avaient un ou plusieurs antécédents de mort in utero.

.....
 : DYSGRAVIDIES et COMPLICATIONS :
 :
 :

Nous avons regroupé dans ce cadre les toxémies, mais aussi les hypertensions aggravées par la grossesse et leurs complications.

L'indication opératoire est portée 55 fois
 soit avec une fréquence de 5,5 %

Dans 2 publications récentes :

RACINET	rapporte une fréquence de	4,6 %
CHIAPPONI	" " "	de 5,2 %

Ces 55 indications recouvrent :

- 33 dysgravidies non compliquées
- 8 éclampsies
- 14 hémorragies rétro-placentaires

que nous étudierons successivement.

DYSGRAVIDIES NON COMPLIQUEES : 33 cas

=====

Ces 33 cas recouvrent :

25 toxémies

2 cas sans toxémie actuelle mais avec antécédents d'hémorragie rétro-placentaire itérative

6 hypertensions artérielles préexistant à la grossesse

- Cette notion de terrain vasculaire est seule à l'origine de 5 interventions.

- Dans 28 Observations, on retrouve :

1 indication associée 19 fois

2 indications associées .. 9 fois

Ces 37 indications associées sont par ordre de fréquence décroissante :

- 12 césariennes itératives { 6 secondes
 { 6 troisièmes
- 9 présentations du siège
- 7 disproportions foeto-pelviennes
- 4 dystocies dynamiques
- 3 souffrances foetales

Il est intéressant de noter le terme de grossesse lors de l'intervention :

- . à 7 mois 1/2 .. 1 fois
- . à 8 mois 1 fois
- . à 8 mois 1/2 ... 5 fois
- . à terme 23 fois
- . après terme 4 fois

Les suites maternelles sont le plus souvent simples

L'intervention , avant le début du travail, au cours d'une grossesse gemellaire, avec prise de poids de 21 Kg, nous aura fait cependant découvrir la rupture sous-séreuse d'une cicatrice de césarienne corporéale antérieure que rien ne laissait présager.

E C L A M P S I E

=====

8 patientes présentant un état pré-éclamptique ou une éclampsie convulsive ont été césarisées.

Ces 8 patientes n'ont pas été suivies dans le Service ; l'une de ces grossesses mal acceptée, n'a pas été suivie médicalement.

Ces femmes sont :

- 6 primipares
- 1 deuxième pare
- 1 cinquième pare

L'intervention a lieu :

- 2 fois à 8 mois
- 4 fois à 8 mois $1/2$
- 1 fois à terme
- 1 fois le terme est dépassé de 15 jours

La césarienne est décidée en raison de l'éclampsie dans 3 cas seulement.

1er CAS : Primipare de 19 ans au terme de 8 mois $1/2$ - Toxémie grave depuis le 6ème mois. Etat prééclamptique prononcé résistant au traitement lytique associant :

Prométazine - Chlorpromazine - Pethidine - Dihydralazine et l'intervention est décidée en vue du pronostic foetal, malgré l'hypo-développement utérin. Extraction d'un prématuré de 1 930 g. qui crie de suite et dont le développement sera normal.

La mère meurt au 3ème jour dans un état comateux hypertensif, hautement fébrile, avec une azotémie à 1 g. 15.

2ème CAS : Primipare de 21 ans au terme de 8 mois $1/2$, adressée après une première crise éclamptique convulsive. Le traitement médical est complété par une césarienne au bout de 24 heures en l'absence de travail. Enfant bien portant de 3 250 g. Suites maternelles simples.

3ème CAS : Il s'agit d'une césarienne post-mortem chez une 2ème pare au terme de 8 mois; la patiente adressée pour coma éclamptique avec tension artérielle à 26/15 décède 1 heure 30 après son admission malgré la mise en oeuvre immédiate du traitement.

Bruits du coeur foetal perçus. L'enfant extrait aussitôt ne peut être réanimé.

La ponction lombaire faite chez la mère révèle une hémorragie méningée.

Dans les 5 autres observations, une ou plusieurs indications sont associées à l'éclampsie :

1er CAS : Primipare de 22 ans au terme de 8 mois.

Au cours d'une épreuve du travail sous analgésie au Viadril, apparition d'une souffrance foetale qui amène à extraire l'enfant par voie haute.

Enfant de 2 870 g., Apgar à 9. Son examen révèle cependant une hémorragie méningée. Revu à 5 mois, il semble exempt de séquelles.

Suites maternelles marquées par une phlébite surale.

2ème CAS : 1ère pare de 25 ans au terme de 8 mois 1/2

Bassin limite - Echec de l'épreuve du travail avec ocytociques. Extraction d'un enfant bien portant, Apgar à 10. 2 crises convulsives surviennent chez la mère au décours de l'intervention.

3ème CAS : 1ère pare de 20 ans à terme.

Bassin limite, présentation du siège, anomalie de la contraction utérine font opter pour la césarienne : extraction d'un enfant de 3 240 g., Apgar à 4. Evolution normale après réanimation. Là aussi, 2 crises convulsives marquent les suites maternelles.

4ème CAS : 1ère pare de 19 ans, grossesse non déclarée, non suivie, terme dépassé de 15 jours.

Deux tentatives de déclenchement médicamenteux du travail en maternité rurale ; lors de la 2ème survenue de 2 crises d'éclampsie convulsive. Transfert de la malade dans le Service :
 . Présentation endroite postérieure mal fléchie. On opte pour la voie haute.

- . Extraction d'un enfant de 3 200 g. post-mature. Apgar à 8. Souffrance néo-natale régressive. Bonne évolution.

Les suites maternelles sont fébriles et les examens mettent en évidence une insuffisance rénale.

5ème CAS : Il représente une 5ème pare de 39 ans, au terme de 8 mois 1/2 qui présente une épaule négligée avec utérus moulé sur enfant mort. Césarienne basse transverse.

Suites maternelles simples.

L'INDICATION OPERATOIRE POUR ECLAMPSIE est rare dans l'ensemble.

- KRISNA MENON rapporte 25 césariennes pour 105 éclampsies avec 22 enfants vivants.
- CHIAPPONI rapporte 5 césariennes pour éclampsie dans une série de 684 césariennes. Mortalité maternelle nulle.
5 enfants normaux et 1 jumeau décédé.
- RACINET rapporte 1 césarienne pour éclampsie convulsive avec pronostics maternel et foetal favorables dans une série de 326 césariennes.

HEMATOME RETRO-PLACENTAIRE : 14 cas opérés
=====

Dans 12 observations , le diagnostic d'hématome rétro-placentaire est porté ou fortement suspecté. Il est à l'origine de la décision opératoire.

Dans 2 observations, l'hématome rétro-placentaire associé à une insertion basse du placenta est découvert lors de la césarienne.

En fonction de l'âge de la grossesse, ces 14 cas se répartissent ainsi :

à 7 mois	1 cas
7 mois 1/2	3 "
8 mois	2 "
8 mois 1/2	2 "
à terme	6 cas

L'état des membranes :

elles sont rompues artificiellement ..	10 fois
spontanément	2 fois
intactes	2 fois

Dans 8 observations, il n'y a pas d'indication associée

et la décision opératoire est prise en raison de la gravité de l'état de choc ou de l'inefficacité de la rupture artificielle des membranes : 7 fois dans un but de sauvegarde maternelle et foetale
: 1 fois en vue du pronostic maternel.

Dans 4 observations, une indication conjointe renforce l'indication opératoire .

Ces indications conjointes sont :

- 2 antécédents de césarienne qui font évoquer la possibilité d'une rupture utérine,
- 2 dystocies dynamiques.

Dans 2 observations, l'indication opératoire a été portée pour inser-

tion basse du placenta avec état de choc en début de travail chez 2 malades hypertendues.

C'est l'intervention qui fit découvrir l'hématome rétro-placentaire associé.

Ces deux observations ont été citées au chapitre des insertions basses.

Rappelons que, dans le 1er cas, l'enfant est mort in utero et qu'une anurie de 21 jours survint chez la mère à la suite d'une nécrose corticale vérifiée histologiquement.

ETUDE SYNTHETIQUE des INDICATIONS

Les indications sont répertoriées dans le tableau récapitulatif suivant (TABLEAU RECAPITULATIF DES INDICATIONS). En face de chaque rubrique 2 chiffres :

- le premier indique le nombre global de fois où l'indication considérée a été portée,
- le deuxième indique le nombre de fois où l'indication considérée était indication unique.

Au total sont retrouvées 1853 indications pour 1 000 césariennes.

Une indication unique est retrouvée 356 fois, soit dans 35,6 % des cas.

En réalité, le nombre d'indications uniques est inférieur à ce chiffre, car il n'a pas été tenu compte de la présentation du siège dans l'appréciation de certaines indications uniques, notamment dans l'étude de la souffrance foetale.

Compte tenu de cette réserve, on peut considérer que l'indication est
unique dans 1/3 des cas, et complexe dans 2/3 des cas (660 observations

TABLEAU RECAPITULATIF des INDICATIONS

NATURE des INDICATIONS	Nombre global d'observations	Nombre d'indications uniques
INDICATION RESULTANT d'une ANOMALIE lors de l'ACCOUCHEMENT		
<u>DISPROPORTIONS FOETO-PELVIENNES</u>		
- Viciations pelviennes	272	37
- Excès de volume foetal (sans viciation pelvienne associée)	135	16
<u>PRESENTATIONS ANORMALES</u>		
- Transversales	59	12
- Sièges	153	-
- Défléchies { Face	4	-
{ Front	17	6
{ Bregma	13	2
{ autres présentations céphaliques mal fléchies	13	-
- Présentations occipito-postérieures	18	-
<u>DYSTOCIES DYNAMIQUES</u>	227	41
- Etats de pré-rupture	12	
<u>UTERUS CICATRICIELS</u>		
- Césariennes Itératives	282	28
- Cicatrices de Myomectomie	10	
- Opération de Strassmann	3	
<u>OBSTACLES PRAEVIA</u>		
- Tumeurs	13	8
- Cols cicatriciels	4	3
- Lésions vésicale et uréthrale	2	2
- Lésions vaginales	2	-
- Lésions recto-périnéales	4	1
- Prolapsus opérés	4	1
INDICATIONS FOETALES		
<u>SOUFFRANCES FOETALES</u>	235	62

INDICATIONS POSÉES dans l'INTERET de la MERE et de l'ENFANT	INDICATIONS MATERNELLES	TOTAL INDICATIONS
PRÉCÉDENCE DU CORDON IMMUNISATIONS FOETO - MATERNELLES ENFANTS " PRÉCIEUX " Grossesses " HYPOTHYRÉOÏDIQUES " Grossesses Prolongées	38 11 7 8 14 65	90 15 33 8 12
(ly compris un certain nombre de Présen- tations du Siège)	9	61 6 5 3 8
INSERTIONS BASSES du PLACENTA DIABÈTE DYSGRAVIDIES - Non compliquées - Compliquées { Eclampsies { Hématomes rétro-placentaires	15	61 6 5 3 8
356	1 853	356

I N T E R V E N T I O N S A S S O C I E E S

(A) - S T E R I L I S A T I O N S T U B A I R E S : 179

=====

Nous pratiquons dans la majorité des cas, la section, et la ligature au fil de nylon, de la trompe au niveau de sa partie moyenne. Les deux moignons sont ensuite adossés de part et d'autre du mésosalpinx, qui, ainsi, les sépare l'un de l'autre ; leur maintien en place est assuré par les deux brins du fil de la ligature tubaire qui transfixient le mésosalpinx, et sont noués ensuite ensemble. Cette technique mise au point dans le Service nous a donné entière satisfaction puisque nous n'avons connaissance d'aucun échec dans notre série.

179 stérilisations tubaires sont faites pour 1000 césariennes, soit dans 17,9 % des cas de notre série.

- JAMAIN & LETESSIER rapportent un pourcentage beaucoup plus bas entre 1952 et 1961 puisqu'il est de 1,84 %
- Maternité PINARD 11,1 %
- PIGEAUD de 1948 à 1953 10 %
- LEPAGE en 1971 11 %
- RICHARD et BRYANT 19 %
- CHIAPPONI 27,35 %

sur 684 observations recueillies de 1958 à 1967 à
CLERMONT-FERRAND

Les indications de la stérilisation ont été

..... :
LA PREMIERE CESARIENNE : 55 fois.

4 de ces premières césariennes étaient corporéales.
 Exception faite d'une primipare atteinte de maladie mitrale qui a fait un accident gravido cardiaque et développé une greffe oslérienne au cours de sa grossesse, ce sont toutes des multipares et 31 d'entre elles ont accouché 8 fois ou plus.

39 indications capitales sont adjointes à cette multiparité, ce sont :

- | | | |
|---|---|-----------------------------|
| | { | 7 hypertensions artérielles |
| | { | 1 maladie mentale |
| - 14 maladies maternelles | { | 2 diabètes |
| | { | 2 cardiopathies |
| | { | 1 pyélonéphrite |
| | } | 1 polyarthrite rhumatoïde |
| - 2 iso immunisations foeto maternelles | | |
| - 9 insertions basses du placenta | | |
| - 2 hématomes rétro placentaires | | |
| - 2 myomectomies | | |
| - 3 antécédents de rupture utérine | | |
| - 3 cures de prolapsus antérieures | | |

..... :
LA DEUXIEME CESARIENNE : 26 fois.

Outre la multiparité, 24 causes sont associées

- | | | |
|---------------------------------------|---|-----------------------------|
| | { | 3 hypertensions artérielles |
| - 7 maladies maternelles | { | 3 diabètes |
| | { | 1 tuberculose pulmonaire |
| - 1 iso immunisation foeto maternelle | | |

- 2 insertions basses du placenta
- 4 cicatrices défectueuses de césarienne antérieure
- 4 césariennes corporéales
- 3 antécédents de rupture utérine
- 1 antécédent de fistule vésico vaginale
- 1 adhérence vésicale à l'utérus
- 1 cure de prolapsus

.....
 LA TROISIEME CESARIENNE : 86 Fois.

Trois de ces troisièmes césariennes étaient corporéales.

Une troisième opération césarienne nous semble, comme à beaucoup, une raison suffisante pour entreprendre une stérilisation. Néanmoins 20 causes majeures associées sont encore retrouvées :

- 10 maladies maternelles { 9 hypertensions artérielles
 { 1 diabète
- 1 occlusion intestinale pendant la présente grossesse
- 1 fracture du bassin récente
- 1 mauvaise cicatrice du segment inférieur
- 1 antécédent de rupture utérine lors de la grossesse précédente
- 3 adhérences péritonéales

Enfin, il y eut :

9 stérilisations à l'occasion d'une 4ème césarienne
 2 stérilisations à l'occasion d'une 5ème césarienne
 1 stérilisation à l'occasion d'une 6ème césarienne.

(B) - MYOMECTOMIES ASSOCIEES

=====

- 7 observations de fibromes praevia sont présentées par ailleurs :
 l'obstacle praevia a l'origine de la césarienne fut toujours supprimé.

- 9 autres patientes subirent une ou plusieurs myomectomies à l'occasion de la césarienne.

Une fois la myomectomie dut précéder l'hystérotomie car le fibrome siégeait sur la face antérieure de la région segmento-corporeale.

Sur les 34 fibromes extirpés , 5 étaient en état de nécrobiose. 4 fois les suites furent fébriles malgré une antibiothérapie systématique.

La myomectomie à l'occasion de la césarienne est généralement facilitée par l'imbibition gravidique. L'hémostase doit être soigneuse. La péritonisation est généralement aisée.

Au total, la myomectomie n'entraîne pas de complications immédiates. Mais, sauf en ce qui concerne les fibromes sous-séreux, surtout s'ils sont pédiculés, la myomectomie associée à la césarienne peut être discutable. En effet, lorsqu'elle requiert l'ouverture de la cavité utérine, elle risque d'entraîner des synéchies comme nous l'avons observé au cours d'une hystérographie de contrôle.

Une ovariectomie droite fut faite pour une tumeur végétante encapsulée de l'ovaire qui fut découverte lors d'une césarienne.

Une biopsie ovarienne fut faite sur un petit noyau induré dont l'étude histologique fut négative.

(D) - UNE COLPOPERINEORAPHIE POSTERIEURE

=====

(E) - OPERATIONS CESARIENNES complétées par une HYSTERECTOMIE : 12

=====

Une 13ème hystérectomie faite un mois après une césarienne est envisagée à part.

Ces interventions mutilatrices sont, à chaque fois, effectuées dans un but de sauvegarde de la malade ou en raison de l'état utéro-annexiel.

La stérilisation n'est donc par leur but premier, d'autant que nous sommes satisfaits de notre technique de stérilisation tubaire. Nous ne pratiquons donc pas la "*cesarean hysterectomy*" chère à certains auteurs américains tels O'LEARY et STEER qui rapportent un pourcentage d'hystérectomies de 4,9 % sur 3 412 césariennes.

L'hystérectomie est faite dans le même temps opératoire
10 fois

dans les heures qui suivent
2 fois

Elle est totale 6 fois

subtotale 6 fois.

Une annexectomie est faite simultanément , 4 fois bilatérale, une fois unilatérale, également par nécessité, car nous préférons conserver les annexes lorsque cela est possible.

LES INDICATIONS :

=====

(1) - Hystérectomies à but hémostatique : 6

- pour 2 placenta accreta
- pour 1 déchirure spontanée du ligament large avec hémorragie importante intra-péritonéale, sang incoagulable par fibrinopénie. En outre, l'incision de la césarienne a filé vers le pédicule utérin gauche.
- Pour difficultés d'hémostase au cours d'une césarienne corporéale transversale
- Pour 2 hémorragies graves de la délivrance
 - . l'une sans cause apparente
 - . l'autre secondaire à une insertion basse du placenta chez une primigeste de 17 ans et dont l'observation est étudiée par ailleurs.

Encore faut-il noter que dans ces deux cas, l'hystérectomie ne fut entreprise que 2 ou 3 heures après la césarienne.

(2) - Hystérectomie en raison du mauvais état du muscle utérin : 3 cas

1er CAS : 7ème pare qui présente un utérus fibromateux avec fibrome praevia.

Cette patiente a subi une myomectomie en début de grossesse.

Césarienne corporéale verticale suivie de myomectomie de dégagement puis d'hystérectomie totale. Au cours de celle-ci, une plaie vésicale est faite.

2ème CAS : 5ème pare qui a subi une contusion de l'abdomen (coup de pied de cheval). La face postérieure de l'utérus présente une forte attrition musculaire provoquée par la projection de l'utérus grévise sur le rachis lombo-sacré.

L'examen anatomique confirme la gravité de l'attrition musculaire et révèle une rupture presque complète au niveau du segment inférieur.

3ème CAS : 13ème pare pour une apoplexie utero ovarienne majeure avec syndrome de coagulation intravasculaire disséminée constaté de visu au cours de l'hystérectomie.

Une hémorragie extériorisée par le drain vaginal apparaît au décours de l'intervention. Une nouvelle laparotomie localise alors la zone hémorragique dans le ligament large ; un tamponnement avec drain de Mickulicz n'empêche pas l'issue fatale.

(3) - Hystérectomie pour infection amniotique grave : 2 cas

Après rupture prématurée des membranes, accompagnée une fois de procidence du cordon.

(4) - Enfin UNE hystérectomie totale avec annexectomie fut effectuée pour cancer du sein chez une 7ème Pare de 38 ans dont la tumeur avait fortement évolué au cours de la grossesse et nécessité une cobaltothérapie

Ces trois derniers cas sont les seuls où la césarienne mutilatrice était décidée avant l'intervention.

LES SUITES

Parmi les dix malades qui survécurent, trois eurent des suites fébriles pendant une dizaine de jours et l'une de ces malades fit une septicémie malgré une antibiothérapie préventive systématique.

Enfin, pour être complet, il faut signaler qu'une hystérectomie fut nécessaire un mois après une césarienne qui avait été suivie d'une endométrite purulente prolongée.

PRONOSTIC MATERNEL

Il concerne 999 femmes, puisqu'une césarienne fut faite pour tenter de sauver, sans succès d'ailleurs, un enfant dont la mère venait de décéder au cours d'une crise éclamptique.

Nous étudierons successivement :

I - LES COMPLICATIONS PER-OPERATOIRES

Nous envisagerons successivement :

A/ Les COMPLICATIONS GENERALES et notamment celles en rapport avec l'anesthésie.

B/ Les COMPLICATIONS OBSTETRIQUES.

.. A/ LES COMPLICATIONS GENERALES

- 1 arrêt cardiaque entraîne la mort d'une 3ème pare fatiguée par une longue épreuve du travail en maternité rurale. La rachi anesthésie avait permis l'extraction d'un gros enfant de 4 750 g. en bon état. Devenue insuffisante au moment de la suture utérine, l'anesthésie rachidienne est complétée par une anesthésie générale au Thiopental. Un arrêt cardiaque irréductible survient alors.
- 5 états de choc transitoires sont relevés en début d'intervention qui ne sont pas dus à une hémorragie obstétricale.

3 surviennent à l'occasion d'une rachi-anesthésie.

On sait que fréquemment la rachi-anesthésie s'accompagne d'une légère chute tensionnelle. Celle-ci est peut-être en rapport avec une compression de la veine cave inférieure.

Les auteurs canadiens qui utilisent fréquemment l'anesthésie peri durale lors des accouchements ont remarqué la grande fréquence de la compression de la veine cave au cours de ces anesthésies.

2 autres états de choc transitoires sont survenus :

... 1 fois pendant la préparation de la malade à l'intervention

... 1 autre fois au tout début d'une intervention sous anesthésie générale.

Il semble s'être agi dans ces deux cas, d'un choc postural dedecubitus ou syndrome de la veine cave inférieure authentique.

- Des vomissements surviennent 5 fois :

4 fois au cours de l'intervention

1 fois au réveil

4 fois au cours d'une anesthésie générale

1 fois au cours d'une anesthésie rachidienne.

Dans un seul cas, une cyanose régressive est notée pouvant traduire une fausse route.

Dans une observation, une infection broncho-pulmonaire va se révéler dans les jours suivants. Elle sera facilement guérie par l'antibiothérapie..

- 2 syndromes de Mendelson surviennent à l'occasion de 2 interventions non effectuées en urgence.

L'aspiration trachéale dans le 1er cas survenu en début d'anesthésie et les traitements antibiotiques et corticoïdes à hautes doses, associés aux analeptiques cardio vasculaires dans les deux cas ont permis la guérison.

L'hospitalisation a duré respectivement 13 et 16 jours.

- 1 cyanose avec spasme bronchique transitoire est notée 1 fois, au début d'une anesthésie au Thiopental.

.. B/ LES COMPLICATIONS OBSTETRIQUES

I) Complications de l'hystérotomie

- . 9 déchirures en direction du col surviennent à l'occasion de césariennes segmentaires transverses au moment de l'extraction. Dans un cas une application de forceps infructueuse a précédé la césarienne et a pu elle-même blesser le col.
- . 10 incisions segmentaires transversales ont filé vers les pédicules utérins, le plus souvent vers la gauche. Des difficultés d'hémostase y sont rencontrées 3 fois.
- . 1 incision corporeale transversale a filé vers le pédicule utérin gauche entraînant une hémorragie incontrôlable chez une 8ème pare de 33 ans. Une hystérectomie subtotalaire interannexielle fut nécessaire.
- . L'hémostase des tranches de section utérine est notée comme difficile dans 7 cas, entraînant une déperdition sanguine supplémentaire. L'origine en est due à l'existence de varices sur le segment inférieur dans presque tous les cas.

II) Complications de la délivrance

- . Le clivage placentaire est difficile dans 4 cas entraînant une déperdition sanguine majorée. Des points d'hémostase sont nécessaires dans ces cas au niveau de la surface d'insertion placentaire.

Deux de ces placentas, insérés bas, étaient partiellement accreta. Une stérilisation tubaire fut faite pour éviter une nouvelle grossesse.

- . Deux placentas accreta ont entraîné une hystérectomie chez :
 - Une 5ème pare de 37 ans
 - Une 3ème pare de 32 ans césarisée pour la 3ème fois.

Chez cette dernière, la tentative de décollement du placenta avait entraîné une hémorragie cataclysmique avec arrêt cardiaque. La perfusion massive de sang au Jouvelet et le massage cardiaque externe

eurent heureusement raison de cet accident.

III) Lésions urinaires

= 3 plaies vésicales ont été faites soit dans 0,5 % des cas.

- . 3 fois lors d'un clivage vésico-utérin au cours d'une hystérotomie itérative.
- . 1 fois lors d'une 1ère césarienne corporéale verticale associée à une myomectomie d'un fibrome praevia.
- . 1 fois lors d'une 1ère césarienne segmentaire transverse.

Dans ce dernier cas, la rupture vésicale semble être survenue lors de l'extraction de l'enfant.

La suture de ces plaies vésicales faite au catgut . 000 a cicatrisé normalement. Une sonde vésicale est laissée en place une dizaine de jours pour éviter la mise en tension de la suture.

= Dans quelques cas de contusion vésicale sérieuse, l'absence d'effraction pariétale a été vérifiée par repletion liquidienne de la vessie.

- . Il n'a été relevé aucune lésion urétérale dans notre série, malgré la découverte de 2 déchirures du ligament large survenues d'ailleurs avant l'intervention dans l'un au moins de ces 2 cas.

La fréquence des plaies vésicales varie selon les auteurs de 0,12 % à 2,4 % :

BRYANT	0,12 %
CHIAPPONI	0,23 %
THEIN et Mac SWEENEY ..	1,4 % (césariennes itératives)
O'LEARY et STEER	... %

Nous rapprocherons des complications per-opératoires :
2 ruptures utérines et 3 désunions de cicatrice de césarienne ancienne.

= Les 2 ruptures ont déjà été signalées car elles sont survenues sur la table opératoire alors que la césarienne était décidée.

- Pour état de pré-rupture utérine au cours d'une présentation de l'épaule avec procidence du cordon. Enfant mort.

Suture utérine et stérilisation tubaire. Suites maternelles fébriles.

- Pour souffrance foetale aiguë et présentation du Bregma.

Découverte avec surprise d'une brèche de 5 cm sur le segment inférieur qui doit être agrandie. Enfant bien portant - Suture utérine simple.

= Les 3 désunions de cicatrice césarienne antérieure sont des découvertes opératoires.

- . Un état de prérupture avait été noté dans le premier cas.
- . Dans les deux autres cas, la césarienne était décidée de principe avant le début du travail.

Les deux premières désunions concernent deux cicatrices de césariennes segmentaires.

La 3ème une cicatrice de césarienne corporéale faite en dehors du Service.

Deux stérilisations tubaires sont faites chez les deux premières femmes.

La stérilisation est récusée chez la 3ème en raison du jeune âge et d'un antécédent d'enfant mort.

4 enfants bien portants ont été extraits, une grossesse étant gémellaire.

AU TOTAL : Les 2 ruptures utérines et les trois désunions de cicatrice césarienne étant exclues, des complications per-opératoires surviennent dans 5,2 % des cas et entraînent la mort d'une femme par accident anesthésique.

II - LES SUITES OPERATOIRES

=====

- Elles sont simples dans 758 observations, soit dans près de 76 % des cas. Dans ces cas simples, la durée d'hospitalisation oscille entre 10 et 12 jours.
- Des complications surviennent dans 234 cas.
- 7 femmes meurent dans les suites plus ou moins proches de l'intervention.

Au cours des suites opératoires :

- . L'antibiothérapie préventive est systématique et fait appel dans la majorité des cas à la Pénicilline et à la Colimitine ; plus rarement à la Tétracycline , administrées par voie parentérale.
- . La prophylaxie des thromboses est effectuée systématiquement par la mobilisation au lit, le lever précoce et par les anti-vitamines K dans 425 observations, mais nous y reviendrons.

A) La MORBIDITE MATERNELLE

recouvre 234 observations, soit 23,4 % des cas.

Chez divers auteurs, la morbidité est la suivante :

JENSEN AARO	10,3 %
BRYANT	14 %
O'LEARY STEER	16 %
CLINIQUE GYNECOLOGIQUE de STRASBOURG	17 %
RACINET	24 %
TOULOUSE et DUBOIS	30 %
JONES	33 %
CHIAPPONI	36,6 %

Analysons maintenant les diverses complications.

1) = Suivant certaines indications

PROCIDENCE DU CORDON

La fréquence de la rupture prématurée des membranes, la procidence du cordon, pourtant sectionné lors de l'intervention, et attiré à la vulve au moyen d'un lac, sont responsables de complications infectieuses.

On note 8 fois des suites fébriles dont 4 par endométrite, une par phlébite pelvienne résolutive.

Une infection puerpérale a persisté 18 jours malgré l'antibiothérapie.

Une hystérectomie totale fut faite en raison de l'existence d'une infection amniotique grave après rupture prématurée des membranes depuis 3 jours.

INSERTION BASSE DU PLACENTA

Les suites opératoires sont souvent émaillées de complications graves. Nous relevons :

- 6 fois des suites fébriles
- 3 phlébites superficielles
- 2 phlébothromboses pelviennes résolutives sous traitement anticoagulant.

MAIS SURTOUT :

- 3 hémorragies post-opératoires graves :
 - . l'une cède à la révision utérine
 - . l'autre , qui traduit un début de fibrinolyse, cède au traitement médical
 - . la troisième en raison d'une fibrinolyse aiguë grave entraîne la mort d'une Primigeste de 17 ans.

On note encore : 2 anuries :

- une transitoire
- une autre prolongée pendant 21 jours et qui nécessita de multiples

épurations extra rénales. La biopsie rénale montra une nécrose corticale. Cette observation il est vrai, est survenue chez une femme où l'intervention avait fait découvrir une apoplexie utéro-placentaire avec un hématome rétro-placentaire associé à l'insertion basse.

DIABETE

Nous n'avons eu à déplorer qu'une phlébite superficielle du membre supérieur. Le traitement antibiotique est, nous l'avons dit, systématique afin de prévenir les complications infectieuses. La ration glucidique perfusée par voie veineuse et l'insulinothérapie adaptée aux variations de la glycémie permettent d'éviter les complications propres à cette affection.

ECLAMPSIE

Le pronostic est sévère ; nous avons déjà noté un décès pré-opératoire avec césarienne post-mortem. Une toxémie hypertensive avec état pré-éclamptique menaçant résiste au traitement chez une primipare de 19 ans et entraîne la mort au troisième jour.

Deux éclampsies entraînent, malgré le traitement, un état convulsif itératif. On note encore une phlébite résolutive.

HEMATOME RETRO-PLACENTAIRE

. La morbidité est sérieuse également.

- 4 apoplexies utéro-placentaires sont découvertes mais dont la gravité ne nécessite pas l'hystérectomie.
- 2 fibrinolyse sont traitées médicalement, mais l'une nécessite un tamponnement utérin.
- 1 anurie de 21 jours est déjà citée
- 2 phlébites superficielles et une embolie pulmonaire à traduction clinique et électrique surviennent.

2) Morbidité globale

A/ COMPLICATIONS OBSTETRIQUES

... 1) ETATS DE CHOC et HEMORRAGIES

7 états de choc sont dénombrés :

- 2 ne sont pas expliqués par une hémorragie et cèdent au traitement médical
- 4 sont survenus après insertion basse du placenta. Le traitement, médical, suffit deux fois, nécessite une révision utérine une fois, une révision et un tamponnement utérin une fois.
- 1 hémorragie importante de la délivrance entraîne une hystérectomie 7 heures après devant l'échec du traitement médical. Une suture vaginale sera ensuite nécessaire pour obtenir une hémostase complète.

Un suintement hémorragique persiste 24 heures dans les suites d'un hématome rétro-placentaire et fait suspecter une fibrinolyse localisée qui cède avec le traitement médical.

... 2) COMPLICATIONS INFECTIEUSES OBSTETRIQUES = 102

a) *Suites fébriles simples* dont :

.....

la durée est inférieure à une semaine 42

la durée avoisine 10 jours 18

Dans 1/3 des cas, elles succèdent à une rupture prématurée des membranes.

b) *Endométrites*

.....

12 succèdent à une rupture prématurée des membranes datant souvent de plusieurs jours

19 sont simples

3 sont sévères :

les deux premières persistent respectivement 15 et 21 jours ; elles ne cèdent qu'à l'instillation d'antibiotiques dans la cavité utérine au moyen d'un drain de Redon.

La troisième s'accompagne d'un état septico-pyohémique pendant les 12 premiers jours. Non jugulée au bout d'un mois, cette endométrite purulente entraîne une hystérectomie dont les suites sont bonnes. L'hospitalisation aura duré 56 jours.

c) *Septicémies* : Elles sont survenues :
.....

- la première après une rupture prématurée des membranes
- la deuxième au cours d'une endométrite
- la troisième dans les suites d'une hystérectomie pour placenta accreta avec drainage de Mickulicz.

Le traitement médical les jugule toutes trois. L'hospitalisation dure en moyenne trois semaines.

d) *Suppurations pariétales et désunions*
.....

- 7 abcès de paroi sont importants, entraînant une désunion large.
- 5 suppurations localisées sont de moindre gravité : l'une est en rapport avec une intolérance au matériel de suture
- 3 désunions semblent la conséquence d'une infection latente.

Ces suppurations pariétales sont souvent concomitantes d'une endométrite.

... 3) Complications vasculaires = 63.

A leur origine, on retrouve régulièrement la notion de césarienne hémorragique (notamment à l'occasion des insertions basses du placenta) ou l'existence d'une infection.

Leur prophylaxie médicamenteuse est tentée dans 425 observations :

- 354 fois au moyen de la Phénindione
- 68 fois au moyen du Troméxane
- 3 fois au moyen de la Coumadine.

Cette prescription est parfois systématique en raison du terrain, mais plus souvent, elle est faite devant la découverte d'un signe suspect aux dates suivantes :

Début du traitement selon le jour des suites de couches	1er	2è	3è	4è	5è	6è	7è	8è	9è	10è	11è	TOTAL CAS
Nombre de cas sous PINDIONE		3	48	96	93	52	34	27	6	4	1	354
Nombre de cas sous TROMEXANE		1	4	16	13	11	12	5	2	4		68

Comme on peut le constater sur ce tableau ;

50 % de nos prescriptions débutent seulement au 4ème ou 5ème jour des suites de couches.

Les complications proprement dites , ce sont :

- 23 phlébites : 21 des membres inférieurs

2 pelviennes

Leur révélation a lieu 14 fois sur 23 avant le 8ème jour (le plus souvent entre le 5ème et le 7ème jour)

- . 6 seront accompagnées d'une embolie pulmonaire
- . 3 sont survenues en cours de traitement par les anti-vitamines K
 - 2 au 6ème et 7ème jour mais après une imprégnation thérapeutique insuffisante, puisque celle-ci n'avait précédé que de 24 heures la découverte de l'affection.
 - 1 au 11ème jour après la prescription de Troméxane à dose dégressive depuis le 7ème jour.

Ces phlébites sont traitées par la séquence classique Héparine, anti-vitamines K, avec de bons résultats.

Il faut noter cependant, une récurrence après sortie de la malade.

- 12 phlébo-thromboses : elles avortent toutes sous l'effet du traitement

avant l'apparition d'une phlébite caractérisée.
- 9 embolies pulmonaires : non compris le cas mortel envisagé plus loin.

- . Six surviennent avant le 8ème jour
- . Dans 3 cas, aucun signe de thrombo-phlébite ne peut être mis en évidence.
- . un retentissement électro-cardiographique est retrouvé 3 fois.
- . La guérison est obtenue dans 9 cas, mais chez une malade, des embolies heureusement sans gravité, se succèdent pendant 45 jours.

AU TOTAL, cas mortel inclus, la thrombose est recensée chez 39 malades y compris les 3 cas d'embolie pulmonaire où aucun signe de phlébite n'a pu être retrouvé.

Comparons ce pourcentage de 3,9 % à celui de quelques auteurs :

- RACINET à Grenoble en 1970	fréquence de phlébites		2,4 %
- CHIAPPONI à Clermont en 1969	"	"	 2,4 %
- THEOLEYRE à Lyon en 1963	"	"	 5 %
- CHASTRUSSE à Bordeaux en 1966	"	"	 6 %

Notre pourcentage se classe dans la moyenne.

Il est permis de supposer qu'ils seraient moins élevé si la thérapeutique anti-coagulante était prescrite plus souvent dès le 3ème jour. En effet, la thrombose, nous l'avons constaté, survient avec un maximum de fréquence vers les 5ème, 6ème et 7ème jours des suites et compte-tenu des délais d'action propre aux antivitamines K utilisés, ceux-ci devraient être prescrits 48 heures au moins avant ces dates.

Peut-être verrions-nous alors augmenter la fréquence des hémorragies post-opératoires et des hématomes pariétaux dont nous n'avons noté qu'un cas.

- 18 phlébites superficielles : elles sont en rapport dans 1/3 des cas avec une perfusion veineuse.
- dans deux cas il existe une lymphangite réticulaire associée.
- dans 1 cas, la phlébite superficielle est suppurée.

Le traitement local et général (antiphlogistine ou pansement alcoolisé et phénylbutazone dans les cas non infectés) amène la guérison.

- 1 poussée hémorroïdaire

... 4) Complications urinaires = 44

Elles sont assez fréquentes, ce sont :

- 38 infections urinaires sans gravité mais avec prédominance des colibacilloses (21 fois). Néanmoins le staphylocoque doré est retrouvé dans 4 observations. 6 fois, le germe n'est pas mentionné, mais on note une pyurie.
- 1 pyélonéphrite à entérocoque, apparue au 22ème jour des suites opératoires.
- 1 hématurie de 4 jours.
- 2 rétentions d'urines de plus de 48 heures
- 2 anuries survenues après collapsus :
 - . l'une est transitoire
 - . mais l'autre persiste 21 jours, elle est due à une nécrose corticale du rein survenue à l'occasion d'une apoplexie urétero-placentaire et confirmée par ponction biopsie rénale.

... 5) Complications mammaires = 7

Nous avons laissé de côté les montées laiteuses souvent fébriles pendant 24 ou 36 heures et qui ne sont pas des complications à proprement parler pour ne retenir que 7 lymphangites unilatérales du sein.

... 6) Complications digestives = 5

Un retard à la reprise du transit est noté 4 fois ; il s'agit :

- d'un ballonnement simple chez une malade qui reçoit des neuroleptiques pour une affection psychiatrique.
- de 3 iléus paralytiques dont l'un avec vomissements durant 4 à 5 jours et cédant avec le traitement médical.

Une sonde rectale est montée dans un cas.

Un état sub-occlusif apparaît au 5ème jour ; transitoire, il était dû à des désordres hydro-électrolytiques facilement corrigés.

... 7) Complications diverses en rapport avec la grossesse = 4

Une psychose puerpérale a nécessité l'internement.

Deux malades ont présenté deux crises d'éclampsie
dont l'issue fut favorable.

Une troisième a présenté un état pré-éclamptique prolongé
48 heures.

B/ COMPLICATIONS GENERALES

- 1/ COMPLICATIONS BRONCHO-PULMONAIRES = 5
.....

Trois infections broncho-pulmonaires sont facilement
jugulées par les antibiotiques. L'une a succédé à une inhalation
bronchique per anesthésique.

On note aussi : un oedème du poumon au cours d'une
transfusion.

: une crise d'asthme.

- 2/ INFECTIONS DIVERSES = 8
.....

On note encore 8 états infectieux divers :

- une sinusite
- une infection dentaire
- un purpura streptococcique nécrotique
- une érythrodermie dont l'origine infectieuse est incertaine
- une listériose
- un état grippal
- un herpès nasolabial
- un furoncle de la fesse.

- 3/ AUTRES COMPLICATIONS = 4
.....

- un oedème de Quincke
- une paralysie faciale à frigore
- une crise de tachycardie sinusale régressive
- un hématome de la cuisse droite au cours d'un traitement par
le phénindione.

B) La MORTALITE MATERNELLE

Elle recouvre 7 observations : la césarienne post-mortem n'est pas comprise dans ce chiffre.

Nous rappellerons brièvement ces 7 cas :

- un décès a lieu en fin d'intervention par arrêt cardiaque irréductible au moment du passage de la rachianesthésie devenue insuffisante à l'anesthésie générale. Ce cas a été exposé au chapitre des complications per-opératoires.
- trois décès surviennent dans les heures qui suivent l'intervention :
 - . chez une primipare de 17 ans, par hémorragie incoercible secondaire à une insertion basse. Le décès survient par arrêt cardiaque à la fin d'une hystérectomie entreprise trois heures après la césarienne en raison d'une fibrinolyse aiguë incoercible.
 - . chez une 13ème pare de 39 ans, par hémorragie incoercible, secondaire à une coagulation intra-vasculaire disséminée au décours d'une césarienne mutilatrice pour apoplexie utéro-ovarienne.
 - . chez une 2ème pare de 34 ans, dans un tableau de détresse respiratoire avec cyanose ; la nécropsie révéla des malformations pulmonaires et hépatiques importantes.
- Les trois autres décès surviennent plusieurs jours après :
 - . Au 3ème jour chez une primipare de 19 ans atteinte de toxémie hypertensive avec état pré-éclamptique rebelle.
 - . Au 6ème jour, chez une 4ème pare de 39 ans, par embolie pulmonaire itérative.
 - . Au 7ème jour chez une 3ème pare de 40 ans, des suites d'une occlusion intestinale déclenchée par une thérapeutique neuroleptique. L'exploration abdominale faite à l'occasion de la césarienne n'avait révélé aucune lésion organique.

AU TOTAL : La mort maternelle survient dans 7 observations (la césarienne post-mortem n'est pas comprise dans ce chiffre). Ces 7 décès sont répartis sur toute la période étudiée.

Ce chiffre de 0,7 % traduit une mortalité moyenne comparée à celle des autres auteurs :

CHAISTRUSSE	0 % sur 272 césariennes
LACOMME LEWIN	0 % sur 313 "
DILLON	0 % sur 1033 césariennes itératives
PILLSBURY	0 % sur 2316 césariennes
JENSEN-AARO	0,18 %
JONES	0,3 %
BRYANT	0,38 %
MULLA et BATES	0,42 %
WENDL	0,5 %
RIVIERE	0,53 %
BELGES	0,64 %
CHOSSEON RUF	0,66 %
CLINIQUE OBSTETRICALE de STRASBOURG	0,7 %
CLINIQUE OBSTETRICALE d'ANGERS	0,7 %
FINTZ	0,8 %
GERNEZ	0,83 %
RACINET	1,20 %
METTELSTRASS	1,47 %
RICHON	1,62 %
LAUTERWEIN	4,5 %
KOFLER	5,3 %
KRISNA MENON	8 %

III - C O N C L U S I O N S

- Des complications per-opératoires surviennent dans 5,2 % des cas.
- Les suites opératoires sont simples dans les 3/4 des cas.
- Les suites sont grevées de complications dans 234 observations.

23,4 % des cas. Nous avons vu que, selon les auteurs, la morbidité maternelle varie de 10,3 % à 36,6 %.

- La mortalité maternelle est de 0,7 %. Nous avons vu que selon les auteurs, la mortalité varie de 0 % à 8 %.

PRONOSTIC FOETAL

Nous envisagerons successivement :

- le pronostic foetal suivant certaines indications
- la mortalité foetale globale
- l'état à la naissance et la morbidité globale des enfants vivants.

... I - LE PRONOSTIC FOETAL SUIVANT CERTAINES INDICATIONS

1 - *Etats de pré-rupture utérine*

12 enfants sont concernés :

- Dans 2 cas la césarienne est décidée après la mort de l'enfant
- 8 enfants sont bien portants
- 2 enfants sont de grands prématurés. L'un décède le 1er jour à la suite d'une hémorragie méningée. Le deuxième survit avec un retard psycho-moteur.

2 - *Présentations transversales*

- 6 indications ont été portées alors que le foetus était mort
- 53 indications ont été portées alors que le foetus était vivant :

= 4 sont morts

- . 1 au cours de la césarienne : il s'agissait d'une gestation de 7 mois $1/2$ avec hydramnios
- . 1 foetus achondroplaste de 1 820 g. né à terme est

mort à la 4ème heure (hémorragie des surrénales et maladie des membranes hyalines).

- . Un prématuré de 6 mois $1/2$ pesant 1 580 g. a fait une hémorragie cérébro-méningée qui a entraîné la mort au 4ème jour.

= 49 ont survécu

- 34 nés à terme pesant plus de 3 000 g. présentaient un état satisfaisant.
- 15 étaient prématurés. L'un de ceux-ci, né à 6 mois $1/2$ et pesant 1 070 g; a présenté un retard staturo-pondéral et psycho-moteur .

3 - *Présentations du Sièg*

L'état des enfants a été satisfaisant, puisque sur 153 enfants vivants lorsque l'intervention fut décidée :

= deux seulement sont décédés.

- . un prématuré de 8 mois atteint de maladie hémolytique néo-natale mort à la 30ème minute au cours d'une exsanguino transfusion et qui présentait une anémie aiguë.
- . un prématuré de 8 mois $1/2$, polymalformé, décédé au 4ème jour. La grossesse était d'ailleurs marquée par un hypo-développement utérin et foetal qui fut une des indications de la césarienne.

= 22 sont des prématurés

- . un enfant prématuré de 7 mois a présenté une encéphalopathie grave secondaire à une anoxie due à une proci-dence du cordon associée.
- . deux autres présentent des malformations graves.
- . Les 19 autres se sont élevés normalement, notamment l'un né à 7 mois $1/2$ et exsangüiné.

Nous ajouterons pour terminer qu'une dysplasie luxante a été retrouvée 14 fois.

4 - *Souffrance foetale*

Le pronostic foetal est étudié :

- au cours de la souffrance foetale isolée
- au cours de la souffrance foetale associée à une dystocie dynamique
- au cours de la souffrance foetale associée à une indication autre qu'une dystocie dynamique

a) souffrance foetale isolée

Sur 62 enfants : 58 ont eu une évolution satisfaisante

: 3 sont décédés :

- . un enfant post-mature de I 970 g. mort quelques instants après la naissance. La souffrance foetale paraissait ancienne.
- . un enfant né à 8 mois ^I/2 pesant 2 890 g. , réanimé, est mort au 2ème jour.
- . un enfant de 3 420 g. post-mature est mort au 10ème jour. Il présentait une hydrocéphalie et un spina bifida.

: 1 prématuré de 2 250 g. Apgar à 2, à dû être réanimé 7 minutes. Il avait une cataracte bilatérale et a développé une thrombopénie qui ont fait évoquer une rubéole congénitale.

Parmi les 58 enfants qui ont eu une évolution satisfaisante :

- un enfant hypotrophique de 2 750 g. , Apgar à 3, a fait une méningite due à une listériose congénitale qui a guéri. Revu à 1 an, il était normal.
- deux autres enfants étaient prématurés, mais ils se sont développés normalement.
- Il y avait 4 enfants hypotrophiques
- 4 enfants ont nécessité une réanimation très sérieuse couronnée de succès.

b) Souffrance foetale associés à une dystocie dynamique.

Le pronostic foetal est assez satisfaisant

Sur 59 enfants concernés, une grossesse étant gémellaire,

- 2 enfants sont morts :

- . 1 mort-né après épreuve du travail prolongée avec usage d'ocytociques en maternité rurale.
- . 1 prématuré de 2 400 g. extrait en état de mort apparente, porteur d'un double circulaire serré du cordon. La souffrance foetale entraîne le décès à la 7ème heure malgré la réanimation.

- 57 enfants ont survécu et se sont bien développés :

Parmi eux 3 prématurés :

- . un de 2 180 g. extrait en bon état
- . un deuxième jumeau de 2 500 g. dont l'évolution est favorable après réanimation.
- . un de 2 400 g. extrait en état de mort apparente et qui a bien récupéré avec la réanimation.

Il y avait par ailleurs : 4 hypotrophiques
et 5 post-matures

c) Souffrance foetale associée à une indication autre qu'une dystocie dynamique.

Le pronostic foetal est moins favorable tant en ce qui concerne la mortalité que la morbidité.

La mortalité : Sur 116 enfants (une grossesse étant gémellaire)

- un 2ème jumeau a été extrait mort et macéré
- 7 enfants sont morts :
 - . 2 grands prématurés polymalformés
 - . 2 enfants sont morts en raison d'une insertion basse du placenta : le 1er au cours de l'intervention

: le 2ème, un prématuré de 1 900 g.
au 4ème jour

- . 1 enfant est mort au 5ème jour suite à un hématome rétro-placentaire
- . 1 enfant de 3 890 g. a fait un état de mal convulsif en rapport avec une hémorragie méningée. Il est mort à la 12ème heure.
- . 1 enfant de 3 950 g. est décédé à la suite d'une souffrance foetale déclarée en dehors du Service et qui semble avoir été induite par une perfusion d'ocytociques au cours d'une épreuve du travail prolongée.

La morbidité se traduit par :

- . la découverte d'une hémiparésie droite chez un enfant post-mature
- . l'apparition de convulsions dans 2 cas dont un état de mal faisant craindre une comitialité ultérieure en raison de la perturbation de l'électro-encéphalogramme
- . l'existence de deux souffrances graves qui ont évolué sans entraîner de séquelles apparentes : un de ces enfants était un post-mature qui a présenté une hémorragie méningée. Revu à 5 mois son état était satisfaisant.

5 - *Procidence du cordon*

Sur 38 enfants :

- 2 étaient morts avant l'intervention
- 36 étaient vivants au moment de l'intervention

... 33 ont évolué normalement :

- = 4 avaient nécessité une réanimation courte dont un en état de mort apparente lors de l'extraction
- = 1 était un prématuré de 1 820 g qui a été élevé au Centre Néonatal du Service

... Les 3 autres représentent :

- = un enfant de 3 440 g dont l'état était satisfaisant à la naissan-

ce mais qui mourut au 11ème jour d'une gangrène des membres inférieurs par malformation vasculaire congénitale.

- = un prématuré de 1 900 g., Apgar à 1 à la naissance, Réanimé qui n'a crié qu'au bout de 20 minutes et qui a développé une encéphalopathie.
- = un enfant de 3 290 g., Apgar à 3 à la naissance, réanimé - la souffrance néo natale a fait craindre une comitialité ultérieure. E.E.G. normal à 7 mois.

AU TOTAL : 3 enfants sont morts : 2 césariennes ont été décidées après le décès.

Le 3ème décès est sans rapport avec la procidence
Ainsi le pronostic vital semble très amélioré par l'opération césarienne mais celle-ci n'a pas permis d'éviter l'apparition d'une encéphalopathie grave.

6 - *Immunisation foeto-maternelle*

Sur les 11 enfants, dont 10 seulement étaient atteints de maladie hémolytique néo-natale, 2 SONT MORTS

- un grand prématuré de 1 200 g.
- un enfant de 2 750 g. en état d'anasarque prononcé.

Les 8 autres étaient bien portants à leur sortie du Centre néo-natal et lorsqu'ils furent revus en consultation post-natale.

7 - *Enfants " PRECIEUX "*

Sur 70 enfants, 1 est mort, 69 survivent en bon état. L'enfant décédé à été extrait en état de mort apparente. Apgar à 2, Il développe une grande détresse respiratoire avec cyanose due à une aplasie du Centre phrénique. L'enfant est mort le jour même au décours d'une intervention à visée réparatrice.

56 pèsent plus de 3 000g. et sont bien portants :

Cependant 2 ont dû être réanimés

- le premier né en état de mort apparente est bien portant à 1 an
- le deuxième a évolué normalement après une réanimation de 10 minutes.

12 sont hypotrophiques :

- . 10 d'entre eux sont pourtant nés à terme ou près du terme
- . une méningite purulente due à une listériose est dépistée chez l'un d'eux, revu à un an, cet enfant est en excellent état.
- . un autre a présenté une tachycardie, mais aucune cardiopathie n'avait été dépistée à 6 mois.

1 prématuré de 2 330 g. né à terme, Apgar à 8, a évolué normalement.

EN CONCLUSION : Ces interventions auront donc permis dans 69 cas de donner un enfant vivant et en bon état à des mères sans enfant ou avec un seul enfant vivant après plusieurs grossesses

8 - Grossesses hypohormonales
.....

14 enfants sont à considérer :

TOUS SURVIVENT :

- . 8 pèsent plus de 3 000 g. et sont bien portants
- . 4 sont des hypotrophiques mais présentent un développement normal
- . 4 sont des prématurés qui évoluent normalement malgré la survenue d'une hémorragie méningée chez l'un et l'existence d'une grande hypotrophie chez un autre, pesant 1 910 g. à sa naissance au terme de 8 mois $1/2$.

9 - Grossesses prolongées
.....

Le PRONOSTIC FOETAL au cours des grossesses prolongées sans autre indication majeure associée est bon.

17 enfants sont à considérer.

- 3 enfants pèsent plus de 4 000 g.
- 13 enfants pèsent entre 3 000 g et 4 000 g. et sont bien portants, malgré une post-maturité évidente dans les 2/3 des cas.
- le dernier enfant pèse 2 960 g. et crie immédiatement. Dans ce dernier cas, le dépassement du terme serait en principe de 25 jours mais est mis en doute. Cet enfant, qui est polymalformé, décède à 14 mois après une intervention oto-rhino-laryngologique.

Le pronostic foetal des autres grossesses prolongées où une ou plusieurs autres indications se trouvent associées, est étudié dans les chapitres correspondants. Le pronostic est souvent moins favorable, notamment dans les où survient une souffrance foetale.

10 - *Indications maternelles diverses*

Au cours de ces 15 indications diverses :

- 3 fois l'intervention est faite alors que l'enfant est mort
- dans les autres cas, soit 12 fois, l'intervention permet d'obtenir un enfant vivant. Tous évoluent normalement bien que 6 soient prématurés.

11 - *Insertion basse du placenta*

95 enfants sont à considérer puisque deux grossesses étaient gémellaires

- 24 sont des prématurés de moins de 2 500 g. . 9 d'entre eux sont morts.
- 26 pèsent de 2 500 g. à 3 000 g.
- 45 pèsent plus de 3 000 g.

- Sur 95 enfants, 79 ont survécu.

... Il y a 4 morts avant le début de l'intervention : dans 3 cas, une cause autre que l'insertion vicieuse du placenta semble être à l'origine de la mort foetale. Il s'agit de :

- une procidence du cordon
- un premier jumeau de 1 000 g
- une apoplexie utéro placentaire découverte peropératoirement.

- ... 4 sont mort-nés parmi lesquels 2 prématurés
- ... 8 sont morts dans les 55 premières heures parmi lesquels 5 prématurés.

La cause est retrouvée 4 fois ; il s'agit de :

- | 2 maladies des membranes hyalines
- | 1 hémorragie méningée
- | 1 omphalocèle importante contenant le foie et les intestins.

= Parmi les 79 survivants, la morbidité n'est pas nulle :

- 15 sont des prématurés dont le pronostic semble favorable au départ du Centre néo-natal, malgré la survenue dans 3 cas :

- | d'une hémorragie méningée
- | de convulsions néo-natales isolées
- | d'une ostéomyélite de la hanche droite

- Parmi les 64 autres, une comitialité est dépistée dans les suites, et un enfant présente une hypotonie qui fait réserver le pronostic.

La mortalité péri-natale non épurée est de 16,8 % et de 12,6 % épurée des 4 cas où l'anomalie d'implantation placentaire n'est manifestement pas en cause.

- . A Lyon, NELKEN publie en 1958 un taux de mortalité foetal épuré de 10 %
- . A Clermont Ferrand, BAUDON (thèse CHIAPPONI) , taux de mortalité péri-natale épurée de 20,9 % en 1969

12 - Diabète

Le PRONOSTIC FOETAL EST TRES SATISFAISANT

puisque tous les enfants sont vivants et bien portants.

- Deux ont été réanimés et ont crié le 1er à 2 minutes,
le 2ème à 5 minutes

L'un a présenté une détresse respiratoire pendant plusieurs jours.

Revu à 4 mois, il allait bien.

- 5 pèsent plus de 4 300 g.
- 9 ont un aspect typique, infiltré pseudo-oedémateux avec macrosomie

- 1 hypoglycème transitoire apparaît chez presque tous au cours de la surveillance au Centre néo-natal du Service.

13 - *Dysgravidies*

—— Le pronostic foetal est satisfaisant dans les Toxémies non compliquées.

Du fait d'une grossesse gémellaire : 34 enfants sont à considérer.

La mortalité est nulle et 33 enfants ont bien évolué. Le 34ème présentait les stigmates d'une rubéole congénitale.

- 4 enfants ont dû être réanimés, dont l'un, extrait en état de mort apparente, Apgar à 2, Ils ont bien évolué ensuite.

- Parmi les 33 enfants qui ont évolué normalement, il y avait

3 prématurés

8 hypotrophiques

—— Au cours de l'éclampsie, le pronostic foetal est encore favorable, mis à part l'enfant décédé par épaule négligée.

- un enfant décède au cours d'une césarienne post-mortem

- les 6 autres évoluent de manière satisfaisante en dépit :

de la survenue d'une hémorragie méningée

et de la grande prématurité de l'un d'eux.

—— Au cours des hématomes rétro-placentaires, le pronostic foetal est moins bon :

Sur 15 enfants (une grossesse étant gémellaire)

- 11 ont survécu

- 3 enfants sont morts in utéro avant l'intervention

. 2 jumeaux de 2 500 g. et 2 600 g. dont la mère est morte également

. 1 enfant de 3 580 g. au cours d'une association d'apoplexie utéro-placentaire et d'insertion basse

- 1 enfant de 2 580 g. né à terme, Apgar à 2, réanimé 5 minutes, est mort au 4ème jour à la suite d'une hémorragie méningée.

Les 11 enfants survivants, qui sont presque tous hypotrophiques, mais ont bien évolué sont :

6 prématurés

dont 4 ont dû être réanimés (2 étaient en état de mort apparente)

3 hypotrophiques

l'un de 2 930 g., à terme, Apgar à 7, a crié de suite, mais a présenté une hémorragie méningée avec convulsions. A 4 mois 1/2, l'état psycho-moteur semblait excellent.

2 enfants de poids normal qui ont crié de suite.

AU TOTAL : au cours des hémorragies rétro-placentaires césarisées, la mortalité foetale est de 26,6 % dans notre série, sans exclure les 3 cas de morts in utéro, survenues avec une quasi certitude avant l'intervention.

Les pourcentages suivants sont rapportés par d'autres auteurs :

- LESBAIS	57 %
- Mac NEILL	49 %
- CHIAPPONI	45,5 %
- DARO COLLIN NORA	33 %
- BYSSCHE	23,6 %

... II - MORTALITE FOETALE GLOBALE

=====

La mortalité foetale au cours des césariennes ne peut être nulle, puisque l'indication opératoire est portée en vue d'améliorer le pronostic foetal dans les cas difficiles, ou parfois même en vue du seul pronostic maternel.

A l'occasion de 1 000 césariennes faites entre 1960 et 1969, nous avons dénombré :

- 54 morts foetales

soit un pourcentage de 5,35 % puisqu'il y avait 9 grossesses gémellaires.

Ces morts foetales représentent :

18 enfants morts avant l'intervention

8 enfants mort-nés et qui semblent avoir succombé pendant l'intervention

18 enfants morts dans la période néo-natale.

Mortinatalité et mortalité néo-natale sont d'importance très voisines dans notre série, puisqu'elles représentent l'une 26 cas et l'autre 28 cas, soit des taux respectifs de 2,58 % et 2,78 %.

(A) - MORTINATALITE

- Dans 18 cas, l'enfant était mort avant l'intervention qui a été faite uniquement dans l'intérêt de la mère ou d'un jumeau.

Ces 18 cas représentent :

1/ - 6 ETATS DE CHOCS maternels gravissimes en rapport avec une importante spoliation sanguine au cours :

- . d'une insertion basse du placenta avec placenta en voie d'expulsion - gestation de 6 mois $\frac{3}{4}$ - Foetus de 1 600 g.
- . d'une insertion recouvrante du placenta
 - gestation de 8 mois - Foetus de 2 900 g.
- . d'une insertion basse du placenta avec procidence funiculaire
 - gestation de 7 mois - Foetus de 1 610 g.
- . d'une insertion basse du placenta associée à une hémorragie rétro-placentaire découverte à l'intervention
 - gestation à terme - foetus de 3 580 g.
- . d'une apoplexie utéro-placentaire
 - grossesse gémellaire de 7 mois $\frac{3}{4}$ - Foetus de 2500 g et 2600 g
- . d'une hémorragie interne par déchirure spontanée du ligament large et qui avait fait évoquer une rupture utérine
 - gestation de 8 mois $\frac{1}{2}$ - Foetus de 3 460 g.

2/ - UNE ANEMIE subaiguë par hématome rétro-placentaire post-traumatique (coup de pied de cheval)
 gestation de 8 mois - foetus de 2 670 g.

3/ - QUATRE PRESENTATIONS TRANSVERSALES où la version par manoeuvre interne et la grande extraction étaient contre-indiquées, voire impossibles . Ce sont :

- . Une épaule négligée au terme de 8 mois $\frac{1}{2}$ avec état pré-éclamp-tique - foetus de 3 160 g.
- . Une épaule négligée avec état de prérupture utérine à terme
 - foetus de 3 420 g.
- . Une présentation de l'épaule avec utérus moulé et procidence du cordon après rupture artificielle des membranes en ville
 - gestation de 8 mois $\frac{1}{4}$ - Foetus de 2 800 g.
- . Une présentation transversale avec hydramnios. Gestation de 7 mois $\frac{1}{2}$ - Foetus de 1 530 g. phocomèle qui rendit la version et la grande extraction impossibles.

4/ - Deux grossesses gémellaires avec un seul enfant vivant dans chaque cas :

1er cas : gestation de 8 mois : 1er jumeau mort de 1 000 g. bloqué au détroit supérieur et faisant obstacle au 2ème

2ème cas : gestation de 8 mois $3/4$ avec dystocie d'engagement par rétrécissement transversal du bassin - 2ème jumeau mort de 2 800 g.

5/ - Deux interventions faites pour utérus cicatriciel :

. dans le 1er cas (gestation de 8 mois) une myomectomie a laissé une cicatrice avec trajet fistuleux à l'hystérogrophie et il existe une dystocie dynamique
Enfant de 2 900 g.

. Dans le 2ème cas (gestation de 8 mois) une présentation du siège décomplété et 2 antécédents de césarienne ont fait rejeter le déclenchement artificiel du travail.

Foetus de 3 910 g.

6/ - Un fibrome praevia - gestation de 7 mois hypodéveloppement utérin - échec d'une épreuve du travail de 12 heures.

Foetus de 1 100 g.

7/ - Un état de contracture utérine exposant à la rupture après déclenchement médicamenteux du travail en maternité rurale. Gestation à terme. Foetus de 3 020 g.

- 8 enfants sont mort-nés et semblent avoir succombé pendant l'intervention

. Dans 3 observations : l'indication opératoire est encore portée essentiellement en vue du pronostic maternel, la survie de l'enfant étant très incertaine , vu la gravité de l'état de choc

Ces 3 cas représentent :

... 3 insertions basses du placenta lors des grossesses arrivées aux termes de : 6 mois $1/2$, 7 mois $3/4$ et 8 mois $1/2$

3 enfants mort-nés sont extraits qui pèsent respectivement :
1 380 g., 2 920 g. , 3 430 g.

- L'enfant est mort en cours d'intervention et n'a pu être réanimé dans 5 observations :

- . au cours d'une césarienne post-mortem après coma éclamptique au terme de 8 mois, fœtus de 2 020 g.
- . au cours d'une césarienne pour placenta praevia recouvrant, hémorragique - grossesse de 7 mois $1/2$ - fœtus de 2 820 g.
- . au cours de 2 césariennes pour souffrance fœtale apparue au cours d'épreuves du travail prolongées :

Primipare près du terme - fœtus de 2 770 g.

6ème pare à terme - fœtus de 3 370 g.

(B) - MORTALITE NEO-NATALE

Les 28 autres morts sont survenues dans les suites de l'intervention pour la plupart avant le 3ème jour.

Sur ces 28 enfants :

- 5 sont de grands prématurés pesant moins de 1 800 g.
- 9 autres pèsent de 1 800 à 2 000 g.

La césarienne a lieu 17 fois avant terme. Elle est pratiquée pour :

- placenta praevia hémorragique 6 fois
- Iso-immunisation foeto-maternelle 2 fois
- Présentation transversale le travail ayant débuté avant terme 3 fois
- Hémorragie rétro-placentaire 1 fois
- Fibrome praevia 1 fois
- Etat de prérupture après antécédent de césarienne .. 1 fois

et dans les autres cas parce qu'une souffrance fœtale est apparue au cours du travail.

La cause de la mort n'est pas toujours évidente :

On retrouve : 5 hémorragies méningées dont une avec inondation ventriculaire
 : 5 maladies des membranes hyalines
 : 1 détresse cardio-respiratoire.

- La mort est indépendante de la césarienne dans 9 cas car il existe une tare foetale grave :

- . 6 enfants sont gravement malformés
 - ... 2 présentent un spina bifida et une hydrocéphalie
 - ... 1 présente un spina bifida et une omphalocèle
 - ... 1 est porteur d'une omphalocèle
 - ... 1 présente une aplasie du centre phrénique gauche et meurt après intervention à visée réparatrice
 - ... 1 meurt au 11ème jour de malformations vasculaires ayant entraîné des gangrènes des membres inférieurs
- . 1 enfant meurt au 3ème jour de maladie hémorragique néo-natale
- . 1 autre au 5ème jour de réticulose
- . 1 enfant est mort de souffrance foetale grave due à un double circulaire serré du cordon.

AU TOTAL : La mortalité foetale périnatale globale dans notre série
 =====
 est de 5,35 % et représente une mortinatalité de 2,58 %
 et une mortalité néonatale de 2,78 % qui sont donc très voisines.

On peut tenter d'exprimer une mortalité périnatale épurée en excluant les 18 enfants morts avant intervention et les 9 dont la mort est en rapport avec une tare grave. Cette mortalité épurée est de 2,68 %.

Selon les auteurs, la mortalité périnatale globale varie de 3,5 % à 11 %.

MORTALITE PERINATALE GLOBALE

A U T E U R S	% de MORTS FOETALES
DILLON et Collaborateurs	3,5 %
THEIN et Mc SWEINEY	3,5 %
JONES	3,8 %
DODERLEIN	4 %
PILLSBURY	4 %
GARNIER	4 %
PEDOWITZ	4,1 %
GERNEZ et POIRET	4,3 %
RACINET	4,6 %
HALL et Collaborateurs	4,9 %
ERHART	5 %
GORDON	5 %
CLINIQUE OBSTETRICALE & GYNECOLOGIQUE d'ANGERS	5,35 %
BRYANT	5,6 %
CHARVET	5,8 %
PIGEAUD (Thèse de BAYLE)	5,8 %
BROWN	6,1 %
BAUDON (Thèse de CHIAPPONI)	6,3 %
WALTERS	6,5 %
TETE	6,6 %
PIRAUX	7,3 %
DUPERROY	7,35 %
RICHON et SIMONIN	7,7 %
CLINIQUE GYNECOLOGIQUE de STRASBOURG	7,9 %
GROSSMANN et BENSON	8,2 %
PALLIEZ (Thèse de POTIER)	9,2 %
FINTZ	10,5 %
DIDDLE et JENKINS	11,5 %
KLEIN et collaborateurs	11,6 %

et la mortalité périnatale épurée de 0,4 à 0,9 %

MORTINATALITE PERINATALE EPUREE	
A U T E U R S	% de MORTS FOETALES
BRYANT	0,4 %
MULLER	1,5 %
BALDWIN	1,6 %
SCHWARTZ	1,7 %
WOLFF	2 %
BAUDON (Thèse CHIAPPONI)	2,3 %
CLINIQUE OBSTETRICALE et GYNECOLOGIQUE d'ANGERS	2,6 %
DIDDLE	2,9 %
RACINET	3,7 %
GERNEZ et POIRET	3,48 %
PIGEAUD (Thèse de BAYLE)	4,4 %
PALLIEZ (Thèse de POTTIER)	4,7 %
RICHON et SIMONIN	4,9 %

Il faut remarquer que ces derniers pourcentages sont difficilement comparables entre eux, car les critères d'épuration diffèrent selon les auteurs.

... III - ETAT à la NAISSANCE et MORBIDITE des ENFANTS VIVANTS

Nous avons classé les enfants en 4 groupes d'après leur poids et étudié la morbidité dans chaque groupe :

- 1er Groupe : Enfants de 3 000 g. et plus nés à terme ou non
 2ème Groupe : Enfants hypotrophiques nés à terme et dont le poids est compris entre 2 500 et 3 000 g.
 3ème Groupe : Enfants nés avant terme, dont le poids est compris entre 2 500 et 3 000 g.
 4ème Groupe : Enfants prématurés de moins de 2 500 g. selon la définition de l'O M S

Voici nos résultats résumés dans un tableau. Ils sont commentés plus en détail dans les pages suivantes :

	3 000 g	à terme 2 500 3 000	avant terme 2 500 3 000	2 500 g	TOTAL
Nombre d'enfants vivants.	735	66	87	66	954
CRI IMMEDIAT	670	55	73	38	836
ENDORMIS	4	-	1	-	5
Réanimation ≤ 5'	57	9	12	22	100
Réanimation ≥ 10'	4	2	1	6	13
TOTAL Réanimés	61	11	13	28	113
EVOLUTION NORMALE à DISTANCE	708	64	84	62	918

.....
 1er GROUPE : Enfants de plus de 3 000 g. = 735

670 crient immédiatement

4 sont endormis, mais présentent un état normal par ailleurs

61 ont dû être réanimés, dont 5 en état de mort apparente

. 57 pendant 5 minutes au moins

. 2 pendant 10 minutes

. 1 pendant 25 minutes - enfant bien portant à 4 ans

. 1 pendant 30 minutes : la récupération est étonnante car malgré l'existence d'anomalies électro-encéphalographiques pendant les premiers jours, à 6 mois le développement psycho-moteur est très bon.

708 évoluent normalement

15 présentent un état pathologique

12 une malformation compatible avec la vie.

Les 15 ETATS PATHOLOGIQUES SONT :

- détresses respiratoires .. 7 cas

- Troubles neurologiques 5 cas : 3 états convulsifs avec comitialité résiduelle dans 2 cas

: 1 hypotonie

: 1 hémiparésie droite spasmodique

- céphalématomes 2 cas

- Fracture de l'humérus 1 cas

Les 12 MALFORMATIONS SONT :

- 2 becs de lièvre

- 1 rétrécissement des choanes

- 1 sténose du pylore opérée avec succès

- 1 malformation reno-vésicale opérée avec succès
- 2 hypospadias
- 1 cardiopathie
- 3 mongolismes
- 1 syndrome polymalformatif évoquant une anomalie chromosomique
 - associant : 1 implantation basse des oreilles
 - 1 polydactylie
 - 1 strabisme divergent

Cet enfant, né sans souffrance foetale évidente, Apgar à 8, présentait à 10 mois un retard psychomoteur net.

.....
 2ème GROUPE : Enfants hypotrophiques à terme : 66

 Leur poids est compris entre 2 500 g. et 3 000 g.

55 ont crié immédiatement

11 ont dû être réanimés : 9 pendant 5 minutes au moins

: 2 pendant 10 minutes

64 enfants évolueront normalement

La MORBIDITE dans ce groupe est CONSTITUEE par : 2 maladies
 : 2 syndromes malformatifs

- par un état de mort apparente régressif ; une listériose congénitale avec méningite suppurée découverte chez cet enfant, guérit sans séquelles
- Par une hémorragie méningée : état apparemment normal de l'enfant à 4 mois 1/2
- par une cardiopathie congénitale bien tolérée
- par une hypertonie accompagnant des malformations de la sphère oto-rhino-laryngologique chez un enfant qui décède à 14 mois

L'origine de cette hypotrophie est retrouvée inconstamment (42 fois sur 66)

On peut invoquer par ordre de fréquence décroissante :

- la notion de terrain vasculaire 15 fois
- un terme dépassé 10 fois
- une Primiparité âgée 6 fois
- des hémorragies survenues pendant la grossesse 4 fois
- un fœtus hypoplasique 4 fois
- une insuffisance hormonale 2 fois
- une gemellité 1 fois

.....
 3ème GROUPE : Enfants de poids compris entre 2 500 et 3 000 g
 et nés avant-terme : 87

73 crient immédiatement

1 est endormi

15 doivent être réanimés dont 2 en état de mort apparente

. 12 pendant 5 minutes au moins

. 1 pendant 15 minutes et qui a dû être intubé. Son évolution ultérieure est bonne.

84 enfants évolueront de façon satisfaisante

dont 3 subissent une ou plusieurs exsanguino-transfusions

21 enfants de ce groupe présentent une hypotrophie dont la cause n'est pas toujours évidente :

Dans 13 observations, l'étiologie semble résider dans :

- une toxémie ou une hypertension ... 6 fois

- une insertion placentaire basse ... 3 fois

- une cardiopathie maternelle grave . 2 fois

- un utérus myomateux 1 fois

- une malformation utérine 1 fois

MORBIDITE : elle atteint 3 enfants dont 1'un est malformé

- 1 enfant de 1870 g né au terme de 8 mois. Césarienne pour souffrance foetale et état maternel pré-éclamptique. Il présente une détresse respiratoire en rapport avec une hémorragie méningée.

Revu à 5 mois, il semble exempt de séquelles.

- 1 enfant "précieux" de 2 600 g., né à 8 mois, d'une 4ème pare sans enfant. Cet enfant présente une dyspnée et une tachycardie mais n'a pas de cardiopathie évidente. Ceci est confirmé lors d'un nouvel examen à 4 mois 1/2

- 1 enfant de 2 690 g. né à 8 mois - réanimé 5 minutes. 3ème césarienne pour insertion basse du placenta et bassin vicié. Il présente une cardiopathie congénitale avec shunt gauche-droit bien toléré.

.....
 4ème GROUPE : Enfants prématurés de 2 500 g. = 66

38 orient immédiatement

28 sont réanimés dont 3 extraits en état de mort apparente

22 moins de 5 minutes

5 sont réanimés 10 minutes

1 seul a été réanimé longuement pendant 20 minutes, à la suite d'une souffrance foetale grave secondaire à une procidence du cordon. Il a développé une encéphalopathie grave.

62 enfants évolueront de manière satisfaisante ; deux après exsanguino-transfusions

La MORBIDITE : elle concerne 10 enfants, dont 4 gravement atteints.

Ces 4 cas graves sont :

- 3 encéphalopathies :
 - . une déjà signalée secondaire à une procidence du cordon
 - . un retard psycho-moteur ayant succédé à un état convulsif
 - . un retard staturo-pondéral et psycho-moteur chez un grand prématuré de 1 070 g. né au terme de 6 mois $\frac{3}{4}$, après rupture prématurée des membranes au cours d'une présentation transverse.
- Une thrombopénie congénitale avec syndrome hémorragique que la découverte d'une cataracte congénitale bilatérale à l'âge de 6 mois a fait rattacher à une rubéole congénitale.

Les 6 autres états morbides sont moins graves :

- 1 syndrome convulsif isolé
- 2 hémorragies méningées qui semblent n'avoir pas entraîné de séquelles
- 1 détresse respiratoire transitoire
- 1 infection respiratoire guérie
- 1 ostéomyélite de la hanche droite guérie sans séquelle.

L'étiologie de cette prématurité

Dans 47 observations sur 66, on peut évoquer dans l'étiologie de cette prématurité et par ordre de fréquence :

- 21 fois la notion de terrain vasculaire :
 - . 5 toxémies
 - . 10 hypertensions artérielles
 - . 6 hématomes rétro-placentaires
- 14 insertions basses du placenta
- 3 grossesses gémellaires
- 3 primiparités âgées
- 2 iso-immunisations sévères
- 2 insuffisances hormonales
- 1 débilité constitutionnelle familiale
- 1 béance cervico-isthmique qui avait entraîné un cerclage.

CONCLUSION

Nous avons étudié 1 000 observations de césariennes abdominales pratiquées à la Clinique Obstétricale et Gynécologique d'ANGERS (Professeur ROUCHY) entre le 1er Janvier 1960 et le 31 Décembre 1969.

Nous avons eu pour but l'étude des indications et du pronostic maternel et foetal au cours de ces interventions.

Tout d'abord, nous avons indiqué :

- 1) *La fréquence des césariennes qui est de 7,07 %.* Elle est voisine de la fréquence rapportée par d'autres auteurs, tout en se situant parmi les taux les plus élevés ; ceci peut s'expliquer en partie par le recrutement du Service.
- 2) *Les éléments intéressant le contexte étiologique de la femme césarisée :*
 - 57 % des opérées sont d'origine rurale
 - 42 % d'origine urbaine
 - 36,9 % sont des primipares
 - 56,4 % ont moins de 30 ans
 - 66,1 % des grossesses sont à terme
 - 86,6 % ont atteint le 9ème MOIS.
- 3) *Les interventions qui ont été :*
 - décidées de principe dans 34,9 % des cas
 - effectuées en urgence dans 12,3 % des cas
 - faites au cours du travail dans.. 52,8 % des cas

- 4) *Au point de vue technique, la césarienne est segmentaire transversale* dans la majorité des cas ; la suture utérine est actuellement faite en un plan au catgut chromé 0.

L'ETUDE des INDICATIONS

=====

nous révèle que dans la majorité des cas, c'est non pas une indication mais un faisceau d'arguments qui amènent à décider de la voie haute.

1) - Les Indications classiques gardent leur importance puisque :

- . la disproportion foeto-pelvienne intervient dans 40,7 % des cas
- . les présentations anormales dans 17,7 % des cas
 - avec : 15 % de présentations du siège
 - 5,9 % de présentations transverses
- encore qu'elles se voient associer une autre indication dans 50 % des cas.
- . Les dystocies dynamiques dans 8,1 % des cas, de manière capitale
- . Les utérus cicatriciels dans 4,5 % des cas
- . Les obstacles praevia dans 3,1 % des cas
- . Les procidences du cordon dans 3,6 % des cas
- . Les insertions basses du placenta dans 9 % des cas.

2) - Les Indications foetales voient leur nombre augmenter :

C'est d'ailleurs souvent en présence d'une, ou plusieurs indications limites, insuffisantes à elles seules, que leur rôle apparaît comme le plus déterminant :

- . la souffrance foetale intervient de façon capitale dans 6,2 % des cas, mais influe encore dans 17,3 % des décisions.
- . l'enfant "précieux", les grossesses difficilement menées à terme interviennent dans 8,4 % des cas.
- . la grossesse prolongée est déterminante dans 1,2 % des cas, mais influence la décision encore dans 5,3 % des cas
- . l'immunisation foeto maternelle intervient dans 1,1 % des cas

- . le diabète dans 1,5 % des cas.
- . Les dysgravidies dans 5,5 % des cas.

3) - Les Indications maternelles

répondent à des causes très diverses et concernent environ 10% des indications mais se trouvent souvent comprises dans des rubriques déjà envisagées (obstacles praevia, insertions placentaires basses, utérus cicatriciels, etc)

AU TOTAL : L'indication est unique dans 1/3 des cas

Elle est complexe dans 2/3 des cas. La décision opératoire relevant dans ces cas :

- soit d'une indication dominante et qui serait suffisante isolée
- soit de l'association de plusieurs indications capitales ; le choix d'une indication principale étant souvent impossible dans ces cas.
- soit de l'association de plusieurs indications limites, qui, isolées, seraient suffisantes, mais prennent de par leur réunion, une valeur formelle.

4) - Il faut encore ajouter qu'un certain nombre d'interventions furent associées à ces 1 000 césariennes , ce sont :

179 stérilisations tubaires
 16 myomectomies
 4 exérèses de tumeurs ovariennes
 12 hystérectomies
 1 colpopérinéoraphie postérieure.

Le PRONOSTIC maternel, et surtout foetal, est favorable.
 =====

a) Pronostic maternel

- 1/ la mortalité maternelle est de 0,7 % ; il faut remarquer que sur les 7 décès, un est en rapport direct avec l'intervention puisqu'il est dû à un choc anesthésique. Les 6 autres sont dus :

- . à l'hémorragie secondaire à une coagulation intra-vasculaire disséminée
- . à une hémorragie par fibrinolyse aiguë
- . à une éclampsie rebelle
- . à une embolie pulmonaire
- . à une occlusion intestinale iatrogène (neuroleptiques)
- . à un ensemble malformatif pulmonaire et hépatique.

b) Pronostic foetal

- 1/ la mortalité foetale globale est de 5,35 %
et
la mortalité foetale épurée de 2,68 %
- 2/ la morbidité foetale sérieuse, en rapport avec une souffrance foetale, un traumatisme obstétrical, ou une infection (les malformations congénitales étant donc exclues) est voisine de 3 %. Dans 1 % des cas , des séquelles neurologiques ont persisté.

L'opération césarienne est donc un moyen thérapeutique important au cours de la puerpéralité ; elle ne doit pas résoudre tous les problèmes obstétricaux bien que les indications semblent s'étendre du point de vue foetal.

BIBLIOGRAPHIE

La Bibliographie jusqu'en 1968 se trouve dans la thèse :
 "10 ans de Césariennes à la Clinique Obstétricale de Clermont - Ferrand "
 (684 observations 1958-1967) Thèse CLERMONT-FERRAND 1969 : P.L. CHIAPPONI

ANSARI I., WALLACE G., CLEMETSON C.,

Tilt cesarean section
 Opération césarienne avec inclinaison latérale.
 ... J. Obstet. Gynaec. Brit. Cwlth - Août 1970, 77, 713

BAUDET J.H., COLAU J.P., LE LORIER G. (Paris)

"L'opération césarienne segmentaire abdominale"
 ... Presse méd. 77 (55), 2097-2102 (Décembre 1969)

BAUDON J., CHIAPPONI P.L., BRUHAT M. (Clermont-Ferrand)

"Réflexions sur les indications et la technique de césarienne
 (684 interventions en dix ans)
 ... (Rev. fr. Gynéc. Obst. 64, (11), 573-583, Novembre 1969

BENBASSA A., RACINET C., CHABERT P., MALINAS Y.

L'hystérogographie après césarienne segmentaire. Etude de 100 cas.
 Déductions chirurgicales et obstétricales.
 ... Rev. Franc. Gynéc. 1971, 66, 2, 95 - 106.

R.G. BENSON et coll. (Portland)

"Fetal compromise during elective cesarean section".
 ... Am. J; Obst. Gynec. 91, 645 (Mars 65).

BERTAUD P., TARNIER R., RATTO H.

Oblitération complète de l'orifice interne du col : césarienne.
 ... Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. 20, n°4, 335-336 (Septembre-Octobre 68).

BLANC B. PIANA L., BOSSI G., SIMEONI M. (Marseille)

"Amincissements et ruptures de cicatrices de césariennes segmentaires"
 ... Bull. Fed. Soc. Gyn. Obst. 20, n°4, 341-344 (Septembre-Octobre 68)

BRET A.J. et SANCHEZ RAMOS J. (Creteil)

"Etude hystérographique, clinique et histologique des cicatrices de
 césariennes segmentaires transversales et longitudinales."
 ... Rev. fr. Gyn. Obst. 63, n°II, 573-600 (Novembre 68).

BRUNEL G. et coll. (Nancy)

"Placenta accreta sur cicatrice de césarienne segmentaire transversale
 Hystérectomie secondaire d'hémostase.
 ... Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. 19, n°4, 337-338 (Oct. 67 - réception
 Mars 68).

CHOATE J.W. et LUND C.J. (Rochester, NY)

"Emergency cesarean section".

... Am. J. Obst. Gynec. 100, n°5, 703-715 (Mars 68)

COSMI E.V. et MARX G.F. (Bronx, N.Y.)

"Acid-base status of the fetus and clinical condition of the new-born following cesarean section".

... Am J. Obst. Gynec. 102, n°3, 378-382 (Octobre 68)

DELINEAU M.-A., DURAND R., GIRAUD J.-R., MERIEL P. (Poitiers)

Notre expérience personnelle d'anesthésies pour césarienne.

... Ouest. méd. 23, (II), 1213-1224, Juin 1970.

DUMONT M. et DOVY D. (Lyon)

"Perforation spontanée du caecum après césarienne."

... Rev. fr. Gynéc. Obst. 62, n°10, 531-533 (Octobre 67).

GAUJOUX J., JOBIN A., ORHESSER P., HEUILLET C., TASSY J., GOUIN F. (Marseille)

"Détresse respiratoire aiguë après césarienne".

... Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. 20, n°4, 348-351 (Septembre-Octobre 68)

GUARNERI G. (Cremone)

"La neurolepto-analgésie dans l'accouchement par césarienne."

... Rev. fr. Gynéc. Obst. 63, n°3, 121-124 (Mars 68).

HAMMOUDA A.A. (Mecca - Arabie Séoud.)

"Cesarean section in the young gravida."

... Am. J. Obst. Gynec. 100, n°2, 267-269 (Janvier 68)

HARTEMANN J. et coll. (Nancy)

"Trois cas d'hémorragie rétroplacentaire sur cicatrice de césarienne.

... Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. 19, n°4, 339-340 (Oct. 67 - réception Mars 68).

HARTEMANN J. et coll. (Nancy)

Césarienne pour héli-utérus praevia.

... Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. 19, n°4, 341 (Octobre 67 - réception Mars 68).

HAUSHERR (J.C.)

Contribution à l'étude de la césarienne basse (à propos de 450 Observations)

... Thèse Strasbourg 1969.

HIGIER (J.)

L'opération césarienne dans la clinique obstétricale d'aujourd'hui
... P.Z. M.L. Edit. Varsovie 1970.

JARROUSSE J. et LERAT M.F. (Nantes)

A propos des césariennes multiples.
... Bull. Féd. Gyn. Obst. 19, n°4, 354 (Oct. 67 - réception mars 68)

KAFKA H., HIBBARD L. T., SPEARS R.L. (Los Angeles)

"Perinatal mortality associated with cesarean section."
... Am. J. Obst. Gynec. 105 (4), 589-596 (Octobre 1969).

B. DENDALL et D.M. FARELL (Philadelphie)

"Observation of fetal heart rate during cesarean section."
... Am. J. Obst. Gynec. 91, 557 (Février 65.)

A.P. KIMBALL et R. J. OLIVER (San Diego, Californie)

"Extra-amniotic cesarean section in the prevention of fatal hyaline
membrane disease."
... Am. J. Obst. Gynec. 90, 919 (Décembre 1964).

LEPAGE (F), Le LIRZIN (R)

L'avenir des utérus cicatriciels "Progrès en obstétrique"
... Flammarion Edit. Paris 1970 Bibliographie.

LUMLEY J., WALKER A., MARUM J., WOOD C. (Melbourne)

"Time : an important variable at caesarean section."
... J. Obstet. Gynaec. Brit. Cwlth. 77, (1) 10-23, Janvier 1970.

MALINAS Y.

Les cicatrices de césariennes : introduction.
... Rev. franç. Gynéc., 1971, 66, 2, 77.

MALINAS Y.

Les cicatrices de césariennes : synthèse des travaux de J.-M.
THOULON et P. MAGNIN (Lyon, 1966-1968).
... Rev. franç. Gynéc., 1971, 66, 2, 79-81.

MALINAS Y.

Les cicatrices de césariennes : conclusion.
... Rev. franç. Gynéc., 1971, 66, 2, 107 - 115.

MALINAS Y.

Les cicatrices de césariennes : bibliographie.
... Rev. franç. Gynéc., 1971, 66, 2, 117-122.

MILLES G., BROWNE W.H., BARRICK R.G. (Chicago)

"Autologous transfusions for elective cesarean section."
... Am. J. Obst. Gynec. 103, n°8, 1166-1167 (Avril 69).

PATTERSON S.P. (Memphis)

"Cesarean hysterectomy".
... Amer. J. Obst. Gynec. 107, (5), 729-736, Juillet 1970

PLASSE G. et coll. (Marseille)

"Césarienne et myomectomie."
... Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. 20, n°1, 43-44 (Janvier-Mars 68
réception Août).

RACINET CI., CHABERT P., GREFFIER A., REBOUD P. (Grenoble)

"Evolution des indications et du pronostic maternel et foetal de
l'opération césarienne abdominale (Statistique de 1957 à 1966 de
la Clinique Obstétricale de Grenoble).
... Rev. fr. Gynéc. Obst. 65, (5), 273-283, Mai 1970

REYMOND J.C. (Grenoble)

"La césarienne corporéale avec suture en un plan de l'utérus."
... C.R. Soc. fr. Gynéc. 36, n°6, 457-462 (1966).

RUIZ-VELASCO V., ROSAS-ARCEO J.

Appréciation de la cicatrice de césarienne.
... Rev. franç. Gynéc., 1971, 66, 2, 83-93.

SEMELET J.M. BRUNEL G., LANDES P., HARTEMANN J. (Nancy)

"Conséquences gynécologiques et obstétricales des césariennes."
... Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. 21 (3), 287-292 (Juin-Août 1969
Réception Décembre).

UELAND K. et coll. (Seattle, Wash.)

"Maternal cardiovascular dynamics. Cesarean section under subarachnoid
block anesthesia."
... Am. J. Obst. Gynec. 100, n°1, 42-54 (Janvier 68).

WILSON J. et TURNER D.J. (Edimbourg)

"Awareness during caesarean section under general anaesthesia."
... British med. J. 1, n°5639, 280-283 (Février 69).

TABLE des MATIERES

=====

A	-	Age des femmes césarisées	8
		Anesthésie	15
B	-	Bibliographie	178
C	-	Cancer du sein	101
		Cardiopathies.	96
		Césariennes itératives	57
		Cicatrices de myomectomies	61
		Col cicatriciel	70
		Complications générales	143
		Complications obstétricales	137
		Complications peropératoires	130
		Complications vasculaires	139
		Conclusions	173
		Contexte étiologique de la femme césarisée	7
		Contusions de l'abdomen	104
D	-	Diabète	111
		Disproportion Foeto-pelvienne	20
		Durée de la grossesse	10
		Dysgravidies	113
		Dystocies dynamiques	52
		Dystocies pelviennes osseuses	20
E	-	Eclampsie	115
		Enfant précieux	87
		Etat des enfants à la naissance	166
		Etat des membranes	10
		Excès de volume foetal	30
F	-	Fréquence des césariennes	4
G	-	Généralités	3
		Grossesses prolongées	92
H	-	Hématome rétroplacentaire	118
		Hypotrophiques à terme	169
		Hystérectomies	125
I	-	Immunisation foeto-maternelle	83
		Incision utérine	13
		Indications	16

I -	Indications - étude analytique	17
suite	" " synthétique	120
	" au cours de l'accouchement	19
	" foetales	74
	" maternelles diverses	94
	" posées dans l'intérêt de la mère et de l'enfant	106
	Insertion basse du placenta	107
	Interventions associées	122
	Introduction	1
L -	Laparotomie	12
M -	Milieu	8
	Moment de la césarienne	11
	Morbidité infantile	166
	Morbidité maternelle	135
	Mortalité foetale globale	159
	Mortalité maternelle	144
	Mortalité néo-natale	162
	Mortinatalité	159
O -	Obstacles praevia	65
P -	Parité	9
	Prématurés	171
	Présentations anormales	35
	" céphaliques mal fléchies	49
	" du Bregma	47
	" de la Face	43
	" du Front	45
	" en occipito postérieures	51
	" du Siège	39
	" transversales	35
	Procidence du cordon	80
	Prolapsus génitaux	72
	Pronostic foetal	147
	Pronostic maternel	129
S -	Souffrance foetale	75
	Stérilisation tubaire	122
	Suites opératoires	135
	Surveillance pré-natale	8
T -	Technique opératoire	12
	Tumeurs praevia	66
U -	Utérus cicatriciel	56 bis

